西暦　　　 年　 月　 日

島根大学医学部附属病院　病院長　殿

自ら治験を実施する者

（氏名）

モニタリング及び監査の実施申込書

 （新規・変更）

下記の治験について、モニタリング及び監査を実施したく申し込みいたします。

なお、モニタリング実施及び監査実施者について下記の者を指名しますので登録手続き方、併せてお願いいたします。

記

 治験課題名

○ モニタリング

1. モニタリング担当者名及び連絡先 担当者氏名： 所属：

 TEL FAX

1. 登録するモニターの氏名 人数 名

及び人数 氏名

○ 監査

1. 監査担当者名及び連絡先 担当者氏名： 所属：

 TEL FAX

1. 登録する監査実施者の氏名 人数 名

及び人数 氏名