

整理番号		
区分	<input type="checkbox"/> 治験	<input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 医療機器

西暦 年 月 日

モニタリング・監査結果報告書

実施医療機関の長

社会福祉法人^{恩賜}済生会支部
 埼玉県済生会川口総合病院 病院長 殿

直接閲覧実施者
 (名称・所属)
 (氏名)

下記の治験のモニタリング・監査の結果を報告致します。

記

区 分	<input type="checkbox"/> モニタリング			<input type="checkbox"/> 監査		
治験依頼者						
被験薬の化学名又は 識別記号				治験実施計画書番号		
治験課題名						
モニタリング・監査 実施日時	西暦 年 月 日 時 分～ 時 分					
実施場所						
実施者氏名 (所属・氏名)						
立会者氏名 (所属・氏名)						
モニタリング・監査 対象被験者 (被験者識別コード)						
実施項目及び 対象資料	実施項目			対象資料		
モニタリング・ 監査の結果						

注) 本報告書はモニタリング・監査実施後、原則として14日以内に治験事務局へご提出下さい。