|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 様式第１５号 |  | 課題番号 |  |

西暦　　　　年　　月　　日

モニタリング・監査実施計画書

杏林大学医学部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（研究責任者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　属 |  | |  |
| 職　名 |  | |  |
| 氏　名 |  | | ㊞ |
| 連絡先 | 内　線： |  | |
|  | E-mail： |  | |
| 受講番号 | － | | |
| 最終受講日 | 年　　月　　日 | | |

以下のとおり、（ □ モニタリング　・　□ 監査　）を実施したくご連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題 |  |
| 実施予定日時 | 西暦　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 実施場所 |  |
| 方法等 | □訪問　□電話　□FAX　□郵送　□E-mail　□その他（　　　　　　　　） |
| モニタリング・監査  担当者名等 | 所属・職位・氏名・連絡先 |
| 立会人・所属 | 所属・職位・氏名・連絡先 |
| 対象資料等 | □研究倫理審査申請書類一式　　　□診療記録　　　□症例報告書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対象被験者を識別する番号等： |
| 病院情報システム閲覧の有無：　□有　　　□無 |