（治験依頼者→病院長）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(院内書式６)

　　　　　 　　　　　 西暦　　　年　　月　　日

治験モニタリング（監査）実施結果報告書

石川県立中央病院

病院長　　　　　　　　殿

依 頼 者

住　　　所

担　当　者 印

下記のとおり治験モニタリングﾞ（監査）について、実施結果を報告します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治験薬成分記号  又は治験薬コード |  | | |
| 治験課題名 | 臨床第　　相試験 （治験実施計画書番号： ） | | |
| 治 験 責 任 医 師 | 所属・職名・氏名： | | |
| 対象疾患 |  | 予定症例数 | 症例 |
| 契約期間（全体） | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| モニタリング・監査  実施日時及び場所 | 西暦　　　年　　月　　日　　　　時　　分から　　時　　分  実施場所： |
| モニター・監査  担当者の所属・氏名 | 所属：　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：  所属：　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：  所属：　　　　　　　　　　　　　　　　氏名： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| モニタリング・監査事項 | 結　　　　果 | 処　　　　置 |
|  |  |  |

※モニター又は監査担当者が作成した報告書の写を添付してください。

　欄が不足の場合は、別紙を添付してください。