西暦　　　年　　月　　日

**モニタリング・監査報告書**

成田赤十字病院 院長　殿

研究責任者

（所属・職名）

（氏名）

下記の研究等について、モニタリング・監査を受けましたので報告致します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究等名称 |  | |
| 実施日時 | 西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分 | |
| 実施者 | 所属： | 氏名： |
| 実施者の連絡先 | TEL： | Email： |
| 立会人 | □研究責任者　□研究分担者　□研究協力者　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 対象患者  識別コード | 対象文書等 | |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| モニタリング／監査  に係る契約 | □あり　　□　なし | |
| 備考 |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| モニタリング／  監査結果 |  |