

整理番号

—

西暦 年 月 日

モニタリング・監査申込書

成田赤十字病院 院長 殿

申込者

所属・職名

氏名

下記の研究等の(□モニタリング、□監査)を実施したく以下のとおり連絡いたします。

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 (希望時のみ記載)	<input type="checkbox"/> 研究責任者 <input type="checkbox"/> 研究分担者 <input type="checkbox"/> 研究協力者 <input type="checkbox"/> その他 ()	
対象患者 識別コード	対象文書等	
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
モニタリング/監査 に係る契約	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
備考		

西暦 年 月 日

確認欄

倫理委員会事務局 からの連絡	<input type="checkbox"/> 連絡のとおりモニタリング/監査を受け入れます。 実施日時は、西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分です。	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
倫理委員会事務局 (窓口) 担当者連絡先	氏名 :	所属 :
	TEL :	FAX :
	Email :	