

整理番号	—
------	---

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 (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 ()	
	<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		

モニタリング/ 監査結果	
-----------------	--