

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

医師主導治験においても
同じ様式を用います。

西暦 年 月 日

電子化診療録閲覧を伴わない
モニター・監査担当者指名リスト（新規・変更）

医師主導治験においてモニター等を指名する者（治験調整
医師等）が本書類を作成する場合、「名称」には、モニタ
ー等を指名する者の所属を記載してください。

☐ 治験依頼者 ☐ 開発業務受託機関

（所在地）

（名 称）

（代表者）

印

下記の治験につきまして、貴院における電子化診療録閲覧を伴わないモニター・監査担当者として指名致し
ます。本治験の実施にあたり、許可をお願い致します。

被験薬の化学名 又は識別記号	医師主導治験を多施設共同試験として実施する場合、「治 験依頼者」欄には治験調整医師の所属及び氏名を記載して ください。単施設試験の場合は、「-」と記載してください。		
治験課題名			
治験責任医師	所属 職名：	氏名：	医師主導治験においてモニター等と治験調整医師の所属 が同じ場合、開発業務受託機関にチェックを入れてください。
治験依頼者			

担当者氏名	所属		モニター / 監査担当者	
	<input type="checkbox"/> 治験依頼者	<input type="checkbox"/> 開発業務受託機関	<input type="checkbox"/> モニター	<input type="checkbox"/> 監査担当者
	<input type="checkbox"/> 治験依頼者	<input type="checkbox"/> 開発業務受託機関	<input type="checkbox"/> モニター	<input type="checkbox"/> 監査担当者
	<input type="checkbox"/> 治験依頼者	<input type="checkbox"/> 開発業務受託機関	<input type="checkbox"/> モニター	<input type="checkbox"/> 監査担当者
	<input type="checkbox"/> 治験依頼者	<input type="checkbox"/> 開発業務受託機関	<input type="checkbox"/> モニター	<input type="checkbox"/> 監査担当者
	<input type="checkbox"/> 治験依頼者	<input type="checkbox"/> 開発業務受託機関	<input type="checkbox"/> モニター	<input type="checkbox"/> 監査担当者
	<input type="checkbox"/> 治験依頼者	<input type="checkbox"/> 開発業務受託機関	<input type="checkbox"/> モニター	<input type="checkbox"/> 監査担当者
	<input type="checkbox"/> 治験依頼者	<input type="checkbox"/> 開発業務受託機関	<input type="checkbox"/> モニター	<input type="checkbox"/> 監査担当者
	<input type="checkbox"/> 治験依頼者	<input type="checkbox"/> 開発業務受託機関	<input type="checkbox"/> モニター	<input type="checkbox"/> 監査担当者
	<input type="checkbox"/> 治験依頼者	<input type="checkbox"/> 開発業務受託機関	<input type="checkbox"/> モニター	<input type="checkbox"/> 監査担当者
	<input type="checkbox"/> 治験依頼者	<input type="checkbox"/> 開発業務受託機関	<input type="checkbox"/> モニター	<input type="checkbox"/> 監査担当者

上記のモニター・監査担当者に対し、藤田医科大学病院医療情報システムを除く直接閲覧の実施を許可します。

年 月 日

藤田医科大学病院 治験・臨床研究支援センター

センター長

印