

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

モニタリング・監査 実施者 履歴書

対象治験

被験薬の化学名 又は識別記号	医師主導治験の場合、「治験依頼者」欄には、治験調整医師（単施設の治験の場合は、自ら治験を実施する者）の所属及び氏名を記載してください。	
治験課題名		
治験依頼者	開発業務受託機関	

(モニタリング 監査) 実施者経歴

*氏名（フリガナ）	（ ）		顔写真貼付 正面・脱帽 縦4×横3cm以上
生年月日	医師主導治験においてモニター等と治験調整医師（単施設の治験の場合は、自ら治験を実施する者）の所属が同じ場合、「治験依頼者」にチェックを入れてください。		
所 属	(所在地) <input type="checkbox"/> 治験依頼者 (名称) <input type="checkbox"/> 開発業務受託機関 (部署) TEL : FAX : email :		
最終学歴 (学校名・学科名等)	【取得学位等 : 】 【卒業・修了年月日 : (西暦) 年 月 日】		
職 歴 (所属・職名)			
治験・臨床試験に関連する研修歴及び資格	社内研修を含め、モニター等の業務を遂行するスキルの有無が判断できる情報を記載してください。 研修歴及び資格がない等、モニター等の業務を遂行するスキルが十分ではないと判断した場合には、電子化診療録、必須文書等の閲覧は許可されません（能力があると判断するにあたり、職歴や治験関係の実績のみでは、十分ではありません）。		
治験関係の実績 (過去3年間)	モニターとして :	件	
	監査担当として :	件	
備 考			

上記の通り相違ありません。

(西暦) 年 月 日 氏名 : _____ 印 _____