西暦　　　　年　　月　　日

**モニター・監査担当者指名リスト（新規・変更）**

□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藤田医科大学病院医療情報システム利用の許可をお願い致します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名 又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 | |  |
| 治験課題名 |  | | | |
| 治験責任医師 | 所属・職名： 氏名： | | | |
| 治験依頼者 |  | 開発業務受託機関 |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者氏名 | 所属 | モニター / 監査担当者 |
|  | □治験依頼者 □開発業務受託機関 | □モニター □監査担当者 |
|  | □治験依頼者 □開発業務受託機関 | □モニター □監査担当者 |
|  | □治験依頼者 □開発業務受託機関 | □モニター □監査担当者 |
|  | □治験依頼者 □開発業務受託機関 | □モニター □監査担当者 |
|  | □治験依頼者 □開発業務受託機関 | □モニター □監査担当者 |
|  | □治験依頼者 □開発業務受託機関 | □モニター □監査担当者 |
|  | □治験依頼者 □開発業務受託機関 | □モニター □監査担当者 |
|  | □治験依頼者 □開発業務受託機関 | □モニター □監査担当者 |
|  | □治験依頼者 □開発業務受託機関 | □モニター □監査担当者 |
|  | □治験依頼者 □開発業務受託機関 | □モニター □監査担当者 |
|  | □治験依頼者 □開発業務受託機関 | □モニター □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の利用を許可します。なお利用可能期間は契約終了日までとする。ただし、治験が早期に終了し、医療情報システムの利用を必要としなくなった場合はその限りではない。

年　　月　　日

藤田医科大学病院

病院長　　　　　　　　　　　　　印