

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。

医師主導治験においてモニター等を指<sup>記</sup>名する者(治験調整医師等)とモニター等の所属が同じ場合、「治験依頼者」にチェックしてください。

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

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。

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。

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: _____	
治験依頼者	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、「治験依頼者」にチェックを入れてください。	

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