西暦　　　年　　月　　日

モニタリング結果報告書

病院長　　殿

治験責任医師　殿

閲覧実施者（代表者）

（名称・所属）

（氏名）　　　　　　　　　印

下記のとおり、モニタリング結果を報告いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治験依頼者 |  | | |
| 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 |  | | |
| 実施日時 | 西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分 | | |
| 閲覧者 | 氏名（　　　　　　　　　）　　　　　　所属（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 氏名（　　　　　　　　　）　　　　　　所属（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 閲覧方法 | □オンサイトモニタリング  　　□入館規定内　　□特別入館  □リモートモニタリング  □電話　□Web会議システム　□その他（　　　　　　　） | | |
| 対応者 | □治験責任医師　□治験分担医師　□治験協力者　□事務局員 | | |
| 閲覧結果 |  | | |