西暦　　　年　　月　　日

リモートモニタリング実施連絡票

（実施医療機関名）

　　治験事務局　御中

直接閲覧申込者

（名称・所属）

（氏名）

下記の治験のリモートモニタリングを実施したく以下のとおり連絡いたします。

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 |  | | | |
| 実施希望日時 | 西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分 | | | |
| 閲覧者連絡先 | TEL： | | FAX： | |
| Email： | | | |
| 対応者  （希望時のみ記載） | □治験責任医師　□治験分担医師　□治験協力者　□事務局員 | | | |
| 対象となる被験者の  識別コード | 閲覧対象文書等 | | | |
|  | □ワークシート　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | □ワークシート　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | □ワークシート　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | □ワークシート　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | □ワークシート　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 備考 |  | | | |

西暦　　年　　月　　日

確認欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治験事務局からの連絡 | □連絡のとおりリモートモニタリングを受け入れます。 | |
| 実施日時は、西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分です。 | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 治験事務局（窓口）  担当者連絡先 | 氏名： | 所属： |
| TEL： | FAX： |
| Email： | |