様式1

西暦　　　　年　　　月　　　日

**モニタリング・監査実施申請書**

（新規・変更）

岡山大学病院長　殿

モニタリング・監査担当者所属機関

所 在 地

名　　称

代表者名

下記臨床研究について、モニタリング及び監査を実施したく申し込みいたします。

記

研究名称：

研究責任者名：

jRCT/UMIN登録番号：

整理番号：

実施希望日時：西暦　　　　　年　　月　　日　　　時　　分～　　　時　　分

立会人：□研究責任者　□研究分担者　□その他（　　　　　　）

(岡山大学病院の研究者、職員等の立ち会いを希望する時のみ)

【モニタリング】

１．モニタリング実施担当者氏名及び連絡先　　担当者氏名：

所属：　　　　　　　　　　　　　職名：

TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX：

Eメール：

２．登録するモニターの氏名及び人数　　　　　　人数　　　　　　　　名

（１．に記載された方の名前も記載）

氏名(フリガナ)　　　　　　　　　　　、生年月日

氏名(フリガナ)　　　　　　　　　　　、生年月日

氏名(フリガナ)　　　　　　　　　　　、生年月日

氏名(フリガナ)　　　　　　　　　　　、生年月日

氏名(フリガナ)　　　　　　　　　　　、生年月日

○監査

１．監査実施担当者氏名及び連絡先　　担当者氏名：

所属：　　　　　　　　　　　　職名：

TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX:

（モニタリングの担当者と同様の場合は同上と記載）

２．登録する監査実施者の氏名及び人数　　　　　人数　　　　　　　　名

氏名　　　　　　　　　　　、生年月日

氏名　　　　　　　　　　　、生年月日

氏名　　　　　　　　　　　、生年月日

氏名　　　　　　　　　　　、生年月日

氏名　　　　　　　　　　　、生年月日