様式1

平成　　　年　　　月　　　日

モニタリング・監査実施依頼書

鳥取大学医学部長　殿

依頼者

　（所属）

　（氏名）

　下記の研究の［□モニタリング　□　監査］を実施したく、以下のとおり連絡致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 研究責任者 |  |
| モニタリング・監査時に面会を希望する者 |  |
| 実施予定日時 | 　　　　年　　　月　　　日　　　　　：　　　〜　　　：　　　 |
| モニタリング・監査担当者連絡先 | 所属： | 氏名： |
| TEL： | E-mail： |
| モニタリング・監査担当者リスト | 所属 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| モニタリング・監査対象資料 | □　診療記録　　　　□　同意文書　　□　症例報告書□　試験薬管理表　　□　倫理審査委員会審査関連資料□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 電子カルテの利用 | □　あり　　　□　なし |