

(治験依頼者→医療機関の長)

治験ネットワーク様式2

整理番号	
区分	1. 治験 2. 製造販売後臨床試験 a. 医薬品 b. 医療機器

年 月 日

多施設共同治験モニター・監査担当者リスト

〇〇〇〇院長 殿

治験依頼者

法人名

氏名

印

下記の治験について、モニター及び監査担当者として下記の者を指名します。なお、モニタリング並びに監査の実施にあたっては手順書及び守秘義務を遵守します。

記

治験依頼者	
治験薬名	
治験課題名	
治験責任医師	

モニターの氏名、所属・職名及び業務の内容

氏名	所属・職名	業務の内容

監査担当者の氏名、所属・職名及び業務の内容

氏名	所属・職名	分担業務の内容

注) 正1部を医療機関の長が保管し、写1部を治験審査資料として群馬大学病院臨床試験部に提出する。