

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

様式 22

西暦 年 月 日

モニター・監査担当者リスト

国立大学法人群馬大学医学部附属病院長 殿

治験依頼者
法人名
氏名

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