（別記様式１）

　　年　　月　　日

モニタリング又は監査申請書

公立大学法人福島県立医科大学附属病院長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　モニタリング実施者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（監査責任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　下記のとおり、 当該臨床研究のモニタリング又は監査の実施を申請します。

■モニタリング又は監査実施申請番号：　　　　　　　（事務局記載）

**【実施体制】**

|  |  |
| --- | --- |
| 区分　 | 　□　モニタリング　　　　　　　　　□　監査 |
| 対象課題　　 | 整理番号 |  | 承認日 | 年　　　月　　　日 |
| 課題名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 研究責任医師 | 所属・職名・氏名 |
| モニタリング又は監査実施責任者 | 所属・職名・氏名 |

**【実施概要】**

|  |  |
| --- | --- |
| 実施予定日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 対象となる研究対象者 | 　　　　　　　名 |
| 対象資料 | □研究計画書及び研究への参加依頼書並びに研究説明書□同意書　　□倫理委員会関係書類（申請書類、承認書類等）□電子カルテ　　□電子カルテ以外の診療録□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |