（別記様式３）

　　年　　月　　日

モニタリング又は監査結果報告書

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結果を報告します。

■モニタリング又は監査実施申請番号：　　　　　　　（事務局記載）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |
| 実施日時 | | 年　　　月　　　日 | | |
| モニタリング又は  監査実施責任者 | | 所属・職名・氏名 | | |
| 対象とした被験者 | | 名 | | |
| 結果報告等 | | ※研究ごとに指定された報告書等の写しを添付しても差し支えない。 | | |
| 備考 | |  | | |