西暦　　　年　　月　　日

モニタリング・監査実施結果報告書

実施医療機関の長

自治医科大学附属病院　病院長　　殿

自ら治験を実施する者

　　殿

モニタリング・監査責任者

（名称）

（氏名）　　　　　　　　　印

下記の治験の直接閲覧(□モニタリング、□監査、□その他（　　　　　　　　　）)等の結果を報告します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名  又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |
| 実施日 | 西暦 　　年 　月 　日　　 　時 　分　～　 　時　分 | | |
| 監査・モニター者  ・その他（　　　） | 所属・氏名 | | |
| 立ち会い者 | 所属・氏名 | | |
| 報告内容 |  | | |
| 備考 |  | | |