西暦　　　年　月　日

監査・モニタリング依頼書

地方独立行政法人宮城県立病院機構

宮城県立がんセンター

総長　　　　　　　　　殿

依頼者

（名称・所属）

（氏名）　　　　　　　　　　　印

下記研究の(□モニタリング、□監査)を実施したく以下のとおり連絡いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 実施予定日時 | 西暦　　20　　年　　月　　日　　　時　分　～　　　時 　分 |
| 実施場所 |  |
| 監査/モニタリング担当者連絡先 | TEL： | FAX： |
| Email：  |
| 立会人 | □責任医師　□分担医師　□その他（　　　　　　） |
| 対象となる被験者の識別番号 | 対象文書等 |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□試験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□試験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□試験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□試験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の対象資料 |  |
| 医療情報システム利用の有無 | □有り　　□無し |
| 備考＊担当者が複数名の場合に記入する |  |

西暦　20　年　月　日

確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局等からの連絡 | □連絡のとおり直接閲覧を受け入れます。 |
| 実施日時は、西暦 20　　年　　月　　日　　時　　分　～　　　　時　　分です。 |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事務局等連絡先 | 氏名：  | 所属：  |
| TEL： 　　　　　　　院内PHS/内線： | FAX： |
| Email： |