整理番号						
区分	□治験	□製造販売後臨床試験				
	□医薬品	□医療機器	□再生医療等製品			

西暦 年 月 日

直接閲覧実施連絡票

(実施医療機関名) 治験事務局 御中

直接閲覧申込者

(名称・所属)

(氏名)

下記の治験の直接閲覧(□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。

	āC							
治験依頼者								
被験薬の化学名 又は識別記号	治験実施計画書番号							
人体成別記号								
治験課題名								
実施希望日時	西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分							
閲覧者連絡先	TEL: FAX: Email:							
立会人 (希望時のみ記載)	□治験責任医師 □治験分担医師 □治験協力者 □その他()					
対象となる被験者の 識別コード	直接閲覧対象文書等							
	□診療記録(外来・入院) □症例報告書 □被験者日誌 □治験使用薬管理表 □その他()						
	□診療記録(外来・入院) □症例報告書 □被験者日誌 □治験使用薬管理表 □その他()						
	□診療記録(外来・入院) □症例報告書 □被験者日誌 □治験使用薬管理表 □その他()						
	□診療記録(外来・入院) □症例報告書 □被験者日誌 □治験使用薬管理表 □その他()						
	□診療記録(外来・入院) □症例報告書 □被験者日誌 □治験使用薬管理表 □その他()						
その他の治験資料	□治験審査委員会議事録 □その他()						
貸出希望資料								
備考								
	西暦 年	月	日					
確認欄								
	口希望日時のとおり直接閲覧を受け入れます。							
治験事務局からの連絡	□以下の日時にて直接閲覧を受け入れます。							

the way this									
治験事務局からの連絡	口希望日時	のとお	り直打	妾閲覧	を受ける	入れ :	ます。		
	口以下の日時にて直接閲覧を受け入れます。								
	西暦	年	月	日	時	分	~	時	分
治験事務局(窓口) 担当者連絡先	氏名:							所属	l :
	TEL: FAX:								
	Email:								

注)本書式は治験依頼者等の直接閲覧申込者(担当者)が作成し、治験事務局等に FAX や Email 等 で提出する。治験事務局等は内容を確認、確認結果を記入し、FAX や Email 等で連絡する。