

整理番号	
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 治験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 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。

#### 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)	<input type="checkbox"/> 治験責任医師 <input type="checkbox"/> 治験分担医師 <input type="checkbox"/> 治験協力者 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> 被験者日誌 <input type="checkbox"/> 治験薬管理表 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> 被験者日誌 <input type="checkbox"/> 治験薬管理表 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> 被験者日誌 <input type="checkbox"/> 治験薬管理表 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> 被験者日誌 <input type="checkbox"/> 治験薬管理表 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
その他の治験資料	<input type="checkbox"/> 治験審査委員会議事録 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
貸出希望資料	
備考	

西暦 年 月 日

#### 確認欄

治験事務局からの連絡	<input type="checkbox"/> 希望日時のとおり直接閲覧を受け入れます。
	<input type="checkbox"/> 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 : _____
	TEL : _____ FAX : _____
	Email : _____

注) 本書式は直接閲覧申込者(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。