

整理番号	
区分	治験 製造販売後臨床試験
	医薬品 医療機器

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

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	
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) その他 ()	症例報告書	被験者日誌 治験薬管理表
	診療記録(外来・入院) その他 ()	症例報告書	被験者日誌 治験薬管理表
	診療記録(外来・入院) その他 ()	症例報告書	被験者日誌 治験薬管理表
	診療記録(外来・入院) その他 ()	症例報告書	被験者日誌 治験薬管理表
	診療記録(外来・入院) その他 ()	症例報告書	被験者日誌 治験薬管理表
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	医療用医薬品集 その他 ()		
備考			

西暦 年 月 日

確認欄

治験事務局からの連絡	連絡のとおり直接閲覧を受け入れます。	
	実施日時は、西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分です。	
	その他 ()	
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。