

国立大学法人大阪大学医学部附属病院長 殿

平成 年 月 日

提出日（送付日）を必ず記載下さい。

委託者  
住 所  
会社名  
代表者氏名 印

開発業務受託機関  
住 所  
会社名  
代表者氏名 印

モ ニ タ ー ・ 監 査 担 当 者 登 録 書

下記の実施計画書に係わるモニター・監査担当者を指名しましたので登録致します。

承認番号	第 号
受託研究の題目	記入 (実施計画書番号： 記入 )

モニタリング責任者の会社名・所属・氏名及び資格・経歴（モニターとしてモニタリングに参加する場合は、担当者欄にも記載）

委託者
開発業務受託機関

モニタリング責任者：下記のいずれかの方を登録して下さい。  
実施計画書に記載されている「責任者」。  
実施計画書で「モニター」として記載されている方の中で責任者となる方。  
モニターの所属する部署の「所属長」。(実施計画書に記載されていなくても可。但し、モニタリングの実施はできません。)

モニターの会社名・所属・氏名及び資格・経歴（20名まで）

会社名・所属	氏 名	資 格 ・ 経歴（モニター歴）

モニター：実施計画書でモニターとして記載されている方を登録して下さい。  
「モニタリング責任者」として登録された方で、モニタリングを実施する方は、こちらにも記載して下さい。

監査責任者：下記のいずれかの方を登録して下さい。  
実施計画書に記載されている「責任者」。  
実施計画書で「監査担当者」として記載されている方の中で責任者となる方。  
監査担当者の所属する部署の「所属長」。(実施計画書に記載されていなくても可。但し、監査の実施はできません。)

監査責任者の会社名・所属・氏名及び資格・経歴（監査担当者として監査に参加する場合は、担当者欄にも記載）

会社名・所属	氏 名	資 格 ・ 経歴（監査歴）
委託者		
開発業務受託機関		

監査担当者の会社名・所属・氏名及び資格・経歴（20名まで）

会社名・所属	氏 名	資 格 ・ 経歴（監査歴）

監査担当者：実施計画書で監査担当者として記載されている方を登録して下さい。  
「監査責任者」として登録された方で、監査を実施する方は、こちらにも記載して下さい。