

<様式D>

平成 年 月 日

国立大学法人大阪大学医学部附属病院長 殿

提出日（送付日）を必ず記載下さい。

様式Cで記載した責任者と実施者の
代表者を記載して下さい。

委託者又は開発業務受託機関（実施者）

住 所

会社名

モニタリング・監査責任者氏名

印

モニタリング・監査実施者氏名

（実施した担当者の代表者1名）

印

モニタリング・監査結果報告書

下記の受託研究について、モニタリング・監査の結果を報告致します。

承認番号	第 号	種 別	モニタリング	監 査
実施計画書番号	記入			
モニタリング・監査実施日時	平成 18 年 月 日 13 時～ 17 時			
実施場所	病歴閲覧室 臨床治験事務センター 薬剤部 その他（ ）			
モニタリング・監査実施者氏名				
大阪大学医学部附属病院の立会人所属・氏名				
所 属	氏 名	所 属	氏 名	

実際に実施した時間を記載して下さい。

モニタリング・監査対象項目		対象被験者（被験者識別コード）
A	病院情報システム	
B	診療録・診療記録	
C	その他（ ）	
D	責任医師保管必須文書	
E	薬剤部保管必須文書	
F	治験事務局・IRB事務局保管必須文書	

所 見	指摘・改善を要望する事項もあれば記載して下さい。
	必ずコメントを記載して下さい。 申請時の内容に変更があった場合は（立会人、対象被験者）理由も記載して下さい。

- - - - - これより下は、大阪大学医学部附属病院にて処理します - - - - -

責任医師確認欄	
上記結果報告を受領しました。	確認日：平成 年 月 日
責任医師 署名 又は 記名・捺印：	印