書式25

整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□医薬品　□医療機器

年　　月　　日

モニタリング・監査担当者登録書

日本医科大学武蔵小杉病院長　殿

治験依頼者
（名称）
（所属）
（担当者名）

下記治験の（モニタリング・監査）を実施したく申し入れいたします。

記

１．区　分□　　新規登録　　□変更（　□追加　□削除　）

２．課題名

３．当院へ派遣するモニターあるいは監査担当者の氏名、所属、資格、経歴

氏　名	所　属（電話番号）	資　格	経　歴