参考様式3

　　年　　月　　日

**監査証明書**

研究責任者　殿

 病院長　殿

監査担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名） 　　印

以下の臨床研究について監査を実施したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 研究課題名 |  |
| 臨床研究で用いる医薬品の識別記号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 監査対象事項 |  |
| 監査実施日 |  |
| 監査実施者 |  |
| 監査報告書提出日 |  |