

整理番号	日光（治）
区分	■治験
	☐ 医薬品 ☐ 医療機器 ☐ 再生医療等製品

西暦 年 月 日

直接閲覧実施連絡票

獨協医科大学日光医療センター

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

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) ☐ 症例報告書 ☐ 被験者日誌 ☐ 治験使用薬管理表 ☐ その他 ()		
	☐ 診療記録(外来・入院) ☐ 症例報告書 ☐ 被験者日誌 ☐ 治験使用薬管理表 ☐ その他 ()		
	☐ 診療記録(外来・入院) ☐ 症例報告書 ☐ 被験者日誌 ☐ 治験使用薬管理表 ☐ その他 ()		
	☐ 診療記録(外来・入院) ☐ 症例報告書 ☐ 被験者日誌 ☐ 治験使用薬管理表 ☐ その他 ()		
	☐ 診療記録(外来・入院) ☐ 症例報告書 ☐ 被験者日誌 ☐ 治験使用薬管理表 ☐ その他 ()		
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			
備考			

西暦 年 月 日

確認欄

治験事務局からの連絡	☐ 希望日時のとおり直接閲覧を受け入れます。	
	☐ 以下の日時にて直接閲覧を受け入れます。	
	西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分	
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。