参考書式 2

整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□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

一般社団法人福岡県社会保険医療協会
社会保険田川病院　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

治験依頼者			
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	西歴　　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	□医療用医薬品集 □その他（　　）		
備考			

西暦　　年　　月　　日

確認欄

治験事務局からの連絡	□連絡のとおり直接閲覧を受け入れます。
	実施日時は、西暦　　年　　月　　日　　時　　分 ～　　時　　分です。
	□その他（　　）
治験事務局（窓口） 担当者連絡先	氏名：　　所属：
	TEL:　　FAX：
	Email:

注）本書式は治験依頼者等の直接閲覧申込者（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。