

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 年 月 日

直接閲覧実施連絡票

国立研究開発法人国立がん研究センター
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

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)	<input type="checkbox"/> 治験責任者	その他 ()	
対象となる被験者の 識別コード		等	
〇〇〇〇-〇〇〇 ~△△△	<input type="checkbox"/> 診療記録	<input type="checkbox"/> 症例報告書	<input type="checkbox"/> 治験使用薬管理表
〇〇〇〇-〇〇〇 〇〇〇〇-△△△	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 被験者日誌	<input type="checkbox"/> 治験使用薬管理表
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院)	<input type="checkbox"/> 症例報告書	<input type="checkbox"/> 被験者日誌
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 治験使用薬管理表	
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院)	<input type="checkbox"/> 症例報告書	<input type="checkbox"/> 治験使用薬管理表
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 治験使用薬管理表	
その他の治験資料	<input type="checkbox"/> 治験審査委員会議事録		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
貸出希望資料			
備考	<p>【モニターID名に用いた治験略名】ABC-123 【訪問モニターさん氏名】国立太郎 企画花子 【担当CRC名】鈴木花子 築地かしわ</p>		

1行に複数の症例分をまとめて記載可能。本用紙1枚に収めてください。院内の識別番号(T〇〇〇〇)で記載ください。

その他：紙カルテ等の閲覧が必要な際に追記してください。

「中央病院」と記入してください。

中央病院

西暦 年 月 日

確認欄

治験事務局からの連絡	<input type="checkbox"/> 希望日時のとおり直接閲覧を受け入れます。
	<input type="checkbox"/> 以下の日時にて直接閲覧を受け入れます。
	西暦 年 月 日
治験事務局 (窓口) 担当者連絡先	氏名 :
	TEL :
	Email :

直接閲覧実施連絡票の申込みは DDTs を利用します。直接閲覧の申込み手順をご覧ください。

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。