西暦　　　年　　月　　日

モニター・監査担当者名連絡票

東京大学医学部附属病院

治験事務局　御中

治験依頼者

下記の治験において直接閲覧を行うモニターおよび監査担当者名を連絡いたします。

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 |  | | |
| モニター名 |  | | |
| 監査担当者名 |  | | |
| 備考 |  | | |