(医)京大書式22

整理番号	
区分	■治験
	□医薬品　□医療機器　□再生医療等製品

西暦　　年　　月　　日

モニタリング・監査　登録申請書（ □新規　□変更）

京都大学医学部附属病院長　殿
治験事務局　殿

自ら治験を実施する者
（氏名）　　印

下記の治験の（□モニタリング □監査）の実施にあたり、下記の者を指名しますので登録手続きをお願いします。

記

被験薬の化学名又は識別記号	第　　相
治験課題名	

登録する実施者	
所属・氏名及び人数	（所属）　（氏名） （所属）　（氏名） （所属）　（氏名） （所属）　（氏名） （所属）　（氏名） （人数　　名）

＊（治験事務局整理番号　　－　　）