

整理番号	
区分	■治験
	<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

直接閲覧実施申込書

京都大学医学部附属病院
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申込致します。
なお、モニタリング・監査に当たっては、担当者が被験者と直接接触したり、原資料等を複
写することは致しません。被験者の個人的秘密等は保全されることを保証致します。

記

被験薬の化学名 又は識別記号		診療科	
治験課題名			
実施希望日時	西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分		
閲覧者全員の氏名			
対象となる被験者の 識別コード	直接閲覧対象文書等		
	<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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 ()		
その他の治験資料	<input type="checkbox"/> 治験審査委員会議事録 <input type="checkbox"/> 治験に関する文書 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考			

* (治験事務局整理番号 -)