

整理番号	
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 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

モニタリング結果報告書

京都大学医学部附属病院長 殿

モニタリング担当者

(名称・所属)

(氏名)

印

下記の治験に対し実施したモニタリング(□直接閲覧、□直接閲覧以外)の結果を報告いたします。

記

被験薬の化学名 又は識別記号		診療科	
治験課題名			

実施日時・場所	日時：西暦 年 月 日 (~) 場所：
モニタリング実施者	
京大病院 対応者 (ある場合)	

モニタリング結果	
----------	--

* (治験事務局整理番号 -)