

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

監査結果報告書

京都大学医学部附属病院長 殿

監査担当者

(名称・所属)

(氏名)

印

下記の治験に対し実施した監査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：
監査実施者	
京大病院 対応者	

監査結果	別紙のとおり
------	--------

* (治験事務局整理番号 -)