

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<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・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

治験依頼者  
 (名称)  
 (代表者) 印

下記の治験（製造販売後臨床試験）のモニタリング・監査を実施したく申込致します。なお、モニタリング及び監査実施者について、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			
診療科		治験責任医師	

モニタリング	
登録するモニターの 所属・氏名及び人数	(所属) (氏名)
	(所属) (氏名)
(人数 名)	

監査	
登録する監査実施者の 氏名及び人数	(所属) (氏名)
	(人数 名)

\* (治験事務局整理番号                    -                    )