参考書式2-1

整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□医薬品　□医療機器　□再生医療等製品

西暦　　年　　月　　日

リモートモニタリング実施連絡票

独立行政法人国立病院機構　福山医療センター
治験事務局　御中

リモートモニタリング申込者
（名称・所属）
（氏名）

下記の治験のリモートモニタリングを実施したく以下のとおり連絡いたします。

記

治験依頼者			
被験薬の化学名 又は識別記号		治験実施計画書番号	
治験課題名			
実施希望日時	西暦　　年　　月　　日　　時　　分 ～　　時　　分		
閲覧者連絡先	Email：　　TEL：		
目的			
実施方法	□電話　□Web会議(システム:　　)　その他(　　)		
対応者	□治験責任医師　□治験分担医師　□治験協力者　□その他（　　）		
対象となる被験者の 識別コード	対象文書等		
	□原資料（　　） □症例報告書　□被験者日誌　□治験薬管理表　□その他(　　)		
	□原資料（　　） □症例報告書　□被験者日誌　□治験薬管理表　□その他(　　)		
	□原資料（　　） □症例報告書　□被験者日誌　□治験薬管理表　□その他(　　)		
	□原資料（　　） □症例報告書　□被験者日誌　□治験薬管理表　□その他(　　)		
	□原資料（　　） □症例報告書　□被験者日誌　□治験薬管理表　□その他(　　)		
その他の治験資料	□治験審査委員会議事録 □その他（　　）		
備考			

西暦　　年　　月　　日

確認欄

治験事務局からの連絡	□希望日時のとおりリモートモニタリングを受け入れます。
	□以下の日時にてリモートモニタリングを受け入れます。
	西暦　　年　　月　　日　　時　　分 ～　　時　　分
治験事務局（窓口） 担当者連絡先	氏名：　　所属：
	TEL：　　FAX：
	Email：

注）本書式は治験依頼者等のリモートモニタリング申込者が作成し、治験事務局等にFAXやEmail等で提出する。治験事務局等は内容を確認、確認結果を記入し、FAXやEmail等で連絡する。