西暦　　　　年　　月　　日

**同行訪問連絡書**

東北大学病院長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者（CRO）名称： |  |
| 所属部署： |  |
| 責任者：（記名捺印または署名） |  |

下記の通り、担当モニターに同行いたしたくご連絡いたします。

なお、同行訪問時は、治験契約書　第7条（モニタリング等への協力及び被験者の秘密の保全）を遵守し行動します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問日時 | 年　　月　　日（　　）　　　：　　～　　： |
| 治験依頼者 |  |
| 試験名 |  |
| 目的 | □ 教育研修 | □ その他（　　　　　　　） |
| 区分 | □ モニタリング | □ 監査 | □ その他（　　　　　　　） |
| 閲覧対象 | □ カルテ等原資料 | □ 必須文書 |
| 担当モニター氏名（所属） |  |
| 同行者氏名（所属） |  |
| 備考 |  |