

整理番号	
区分	治験 製造販売後臨床試験
	医薬品 医療機器

西暦 年 月 日

### 直接閲覧実施連絡票

国立病院機構佐賀病院  
治験事務局 御中

直接閲覧申込者  
(名称・所属)  
(氏名)

下記の治験の直接閲覧( モニタリング、 監査)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	TEL :		FAX :
	Email :		
立会人 (希望時のみ記載)	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	直接閲覧対象文書等		
	診療記録(外来・入院) その他( )	症例報告書	被験者日誌 治験薬管理表
	診療記録(外来・入院) その他( )	症例報告書	被験者日誌 治験薬管理表
	診療記録(外来・入院) その他( )	症例報告書	被験者日誌 治験薬管理表
	診療記録(外来・入院) その他( )	症例報告書	被験者日誌 治験薬管理表
	診療記録(外来・入院) その他( )	症例報告書	被験者日誌 治験薬管理表
その他の治験資料	治験審査委員会議事録 その他( )		
貸出希望資料	医療用医薬品集 その他( )		
備考			

西暦 年 月 日

#### 確認欄

治験事務局からの連絡	連絡のとおり直接閲覧を受け入れます。	
	実施日時は、西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分です。 その他( )	
治験事務局(窓口) 担当者連絡先	氏名:	所属: 治験管理室事務局長(薬剤科長)
	TEL: 0952-30-7141	FAX: 0952-30-1866
	Email:	

注)本書式は治験依頼者等の直接閲覧申込者(担当者)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。