整理番号		
区分	口治験	□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

## 直接閲覧実施連絡票

(実施医療機関名) 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	   治験実施計画書番号									
又は識別記号	一個大腿   一個大									
治験課題名										
実施希望日時	┃ 西暦     年   月   日    時   分 ~    時   分									
	TEL: FAX:									
閲覧者連絡先	Email:									
立会人	<del></del>									
・	□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) □症例報告書 □被験者日誌 □治験薬管理表									
	口その他 ( )									
	□診療記録(外来・入院) □症例報告書 □被験者日誌 □治験薬管理表									
	口その他 ( )									
	□診療記録(外来・入院) □症例報告書 □被験者日誌 □治験薬管理表									
	口その他(									
	□診療記録(外来・入院) □症例報告書 □被験者日誌 □治験薬管理表									
	口その他(									
	□診療記録(外来・入院) □症例報告書  □被験者日誌 □治験薬管理表									
	口その他(									
その他の治験資料	□治験審査委員会議事録									
	口その他(									
貸出希望資料	□医療用医薬品集									
具山仰王其11	口その他(									
┃ 備考										
1用 45										
-	•									

西暦 年 月 日

## 確認欄

治験事務局からの連絡	口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。	
	口その他(								)	
治験事務局(窓口) 担当者連絡先	氏名: 中村 育子 所属:治験管理課									
	TEL: 093-511-3248 FAX: 093-511-2284									
	Email: crc@kokurakinen.d	or.jp								

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。