

記載例

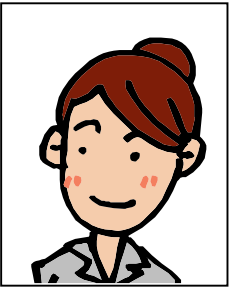
TMDU書式6-2-1

モニタリング担当者・監査担当者リスト（TMDU書式6-1-1）に記載された方全員分の情報が必要となります。

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"/> 拡大治験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

TMDU 書式 6-1-1 と同日

西暦 年 月 日

治験依頼者: ○○製薬 株式会社	
実施計画書 No.: XXXXXXXX	
整理番号: 20 -00	
モニター氏名: □□□□	
所属: (株)△△△△△ 開発本部 ◇◇グループ	
TEL: 00 - 0000 - 0000	

治験依頼者: ○○製薬 株式会社	
実施計画書 No.: XXXXXXXX	顔写真(近影) 画像取込、写真貼付、 白黒、カラーの別は不 問。 鮮明であること 目安: 縦 36~40mm 横 24~30mm
整理番号: 20 -00	
モニター氏名: □□□□	
所属: CRO の場合は会社名から記載すること	
TEL: 最もつながる番号を記載すること	

治験依頼者: 株式会社	
実施計画書 No.:	
整理番号: 20 -00	
モニター氏名:	
所属:	
TEL:	

治験依頼者: 株式会社	
実施計画書 No.:	
整理番号: 20 -00	
モニター氏名:	
所属:	
TEL:	

治験依頼者: 株式会社	
実施計画書 No.:	
整理番号: 20 -00	
モニター氏名: □□□□	
所属:	
TEL:	

治験依頼者: 株式会社	
実施計画書 No.:	
整理番号: 20 -00	
モニター氏名: □□□□	
所属:	
TEL:	

治験依頼者: 株式会社	
実施計画書 No.:	
整理番号: 20 -00	
モニター氏名:	
所属:	
TEL:	

治験依頼者: 株式会社	
実施計画書 No.:	
整理番号: 20 -00	
モニター氏名:	
所属:	
TEL:	

注) 本書式は、モニタリング・監査担当者リスト（TMDU書式6-1-1）と合わせて提出すること。
 本書式の作成日はモニタリング・監査担当者リストの日付と同日にすること。
 モニタリング・監査担当者リストに記載した順に情報を記入すること。
 当院に来院する者の顔確認を目的としているため、監査担当者リストに記載した代表者が当院の監査担当者ではない場合、
 本書式に記載する必要は無い。

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"/> 拡大治験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

注) 本書式は、モニタリング・監査担当者リスト（TMDU書式6-1-1）と合わせて提出すること。
本書式の作成日はモニタリング・監査担当者リストの日付と同日にすること。
モニタリング・監査担当者リストに記載した順に情報を記入すること。
当院に来院する者の顔確認を目的としているため、監査担当者リストに記載した代表者が当院の監査担当者ではない場合、
本書式に記載する必要は無い。