

※必ず原本を郵送ください。

試験番号 担当者記入

- 赤字部分：ご記入いただく箇所
…特に該当ない場合は、「-」を表記
…署名欄は自書
- 青字部分：担当者記入

××××年××月××日

モニタリング・監査実施者経歴書

金沢大学附属病院長 殿

依頼者
住所 石川県金沢市▲▲
株式会社●●
氏名 医師 開発助

代表者
印

下記の者を金沢大学附属病院で実施の臨床試験に係るモニタリング・監査実施者として指名します。
指名者は、GCPについての教育を受け十分な知識を習得し、モニタリング・監査実施者としての適格性を満たしていることを保証いたします。

モニタリング・監査実施試験名

試験題目名	_____		
試験責任者	所属：金沢大学	職名：教授	氏名：金沢 市
対象疾患	□□□□	予定症例数	10 症例
試験期間	××××年××月××日 ~ ××××年××月××日		

モニタリング・監査実施者経歴

氏名	先端 太郎	性別	男・女	生年月日	××××年××月××日 (××才)
所属	株式会社○○		職名	×××	
最終学歴 (学校名・学科名等)	××大学 ○○科 [卒業年月日：××××年××月××日] [取得学位等：●●●●]				
入社年月日	××××年××月××日				
入社後の職歴 (所属・職名)	××××年××月～○○部門所属				
関係する取得資格等	●●●●				
所属学会・団体等					

いずれかチェックしてください。

今般、【モニター・監査員】として金沢大学附属病院を訪問し、臨床試験に関する資料の直接閲覧を行うにあたり、医療倫理にもとづいて守秘義務を遵守することを誓約いたします。

記載日

年 月 日

署名：(自署にてご署名)



※必ず原本を郵送ください。

試験番号 担当者記入

- 赤字部分：ご記入いただく箇所
…特に該当ない場合は、「-」を表記
…署名欄は自書
- 青字部分：担当者記入

西暦 ××××年××月××日

ローカルデータマネージャー業務実施者経歴書

金沢大学附属病院長 殿

依頼者
住所 石川県金沢市▲▲
株式会社●●
氏名 医師 開発助



下記の者を金沢大学附属病院で実施の臨床試験に係るローカルデータマネージャーとして指名します。
指名者は、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針その他の本研究に関連する研究に関する指針についての教育を受け十分な知識を習得し、ローカルデータマネージャーとしての適格性を満たしていることを保証いたします。

対象試験名

試験題目名	_____		
試験責任者	所属：金沢大学	職名：教授	氏名：金沢 市
対象疾患	□□□□	予定症例数	10 症例
試験期間	西暦 ××××年××月××日 ~西暦 ××××年××月××日		

ローカルデータマネージャー経歴

氏名	先端 太郎	性別	男・女	生年月日	××××年××月××日 (××才)
所属	株式会社○○		職名	×××	
最終学歴 (学校名・学科名等)	××大学 ○○科 [卒業年月日：××××年××月××日] [取得学位等：●●●]				
入社年月日	××××年××月××日				
入社後の職歴 (所属・職名)	××××年××月~○○部門所属				
関係する取得資格等	●●●				
所属学会・団体等	-				

今般、【ローカルデータマネージャー】として金沢大学附属病院を訪問し、臨床試験に関する資料の直接閲覧を行うにあたり、医療倫理にもとづいて守秘義務を遵守することを誓約いたします。

記載日

西暦 年 月 日

署名：(自署にてご署名) (印)