西暦　　　 年　　 月　　日

臨床研究監査結果報告書

 三重大学医学部附属病院長　殿

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 監査担当者

所属

氏名　　　　　　　　　　　印

下記の臨床研究における監査の結果を以下のとおり報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究責任者(申請者) | 所属：　　　　　　　　職名：　　　　　　　氏名： |
| 承認番号 |  | UMIN登録 | □有　(　　　　　　　　　　　)□無 |
| 研究課題名  |  |
| 監査実施日 | 西暦 　　 年　　 月 　　 日(　　) ～ 西暦 　　 年　　 月 　　 日(　　) |
| 監査実施場所 |  |
| 監査担当者 | 所属・職名： 氏 名： 所属・職名： 氏 名：  |
| 監査対象被験者 | 識別コード： |
| 結果報告及び問題点 |   |
| 備考  |   |