西暦　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 研究責任（代表）医師 |  |
| 所属： |  |
| 氏名： |  |

**モニタリング担当者指名書**

下記の臨床研究について、「研究計画書／モニタリング手順書／モニタリング計画書」（※適宜、適切な言葉に修正してください）に基づき、モニタリングを実施します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| ｊRCT登録番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 所属・部門 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

モニタリング担当者（代表）の連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属・部門 |  |
| 電話 |  |
| メール |  |