

年 月 日

連絡記録書

佐世保市総合医療センター

(所属)

(氏名)

プロトコル番号	
治験課題名	
モニター	(会社名) (氏名)
実施日(西暦)	年 月 日
実施方法 項目	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 治験実施計画書からの逸脱 <input type="checkbox"/> 適格性の確認 <input type="checkbox"/> 治験実施計画書の解釈 <input type="checkbox"/> 報告書提出前の重篤な有害事象の電話連絡(第一報) <input type="checkbox"/> 被験者の安全性に関わる事項 <input type="checkbox"/> その他()
連絡、協議、合意 等の内容	

治験責任医師

印

日付 / /