**モニタリング研修協力申請書**

西暦　　年　　月　　日

滋賀医科大学医学部附属病院　病院長殿

治験依頼者

（名称）

（所属）

（職名・氏名）

以下の治験において、当社従業員である下記研修者のモニタリング研修にご協力を賜りたくお願い申し上げます。

なお、実施に当たっては、申請者：　　　　　　　の監督の下、契約書（西暦　　年　　月　　日締結）及び直接閲覧に係る誓約書に定める事項を厳守します。

記

1. 治験課題名：
2. 研修者（所属・職名・氏名）：
3. 当日直閲覧現場での指導責任者名：
4. 目的：

モニター新人研修のため

1. 実施予定日時：

西暦　　年　　月　　日（　　）　　時～　　時申請分（申請者：　　　　　　　）

1. 内容：

1）症例報告書と原資料との照合（被験者識別番号：　　　　）

2）治験関連文書の閲覧

3）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

6．添付資料

直接閲覧に係る誓約書（SDV様式1)

以上