様式3

平成　　年　　月　　日

近畿大学病院

臨床研究センター長　殿

**原資料（カルテ）閲覧報告書**

（モニタリング）

**※「モニタリング」か「監査」か選択してください**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所属・職名

研究責任者名　　 　　印

下記研究における原資料の閲覧がありましたので報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **受付番号** |       |
| **研究課題名** |       |
| **研究期間** |       |
| **閲覧実施者** |       |
| **資料閲覧の****目的・内容** | [ ]  症例報告書と原資料の照合による確認[ ]  登録票と原資料の照合による確認[ ]  その他（原資料の確認） |
| **研究対象者****（識別コード）** |       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **担当者** | 所属・職名・氏名　      |
| **閲覧日時** | 平成　　年　　月　　日（  ）　　時　　分　～　　時　　分 |
| **閲覧場所** | 臨床研究センター　ＳＤＶ室 |
| **確認結果** |       |