西暦　　　　年　　月　　日

モニタリング・監査実施者経歴書

研究機関の長

大分大学医学部附属病院 病院長　殿

研究責任者

（所属）

（氏名）　　　　　　　　　印

下記の者は人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針を理解し十分な知識を習得し、モニタリング・監査実施者としての適格性を満たしていることを保証いたします。

モニタリング・監査実施研究名

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究課題名 |  |
| 目標とする症例数（予定） | 症例 |
| 研究期間 | 　西暦 　　年　　月　　日　～　西暦　 　年　　月　　日 |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：TEL：　　　　　 　　FAX： 　　　　　　　Email： |

モニタリング・監査実施者経歴

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 所　　属 |  | 職名 |  |
| 最終学歴(学校名・学科名等)  | [卒業年月日：　　　年　　月　　日][取得学位等: ]  |
| 臨床研究に関する業務経験 | □無　　　　□有（業務：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 略歴（所属・職名等） |  |

　今般、【□モニター ･ □監査員】として、研究資料の直接閲覧を行うにあたり、守秘義務を遵守することを誓約いたします。

　　西暦　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署　名：