大阪公大書式5-2　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　監査実施報告書

　大阪公立大学医学部附属病院

　　治験事務局　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

下記のとおり、監査の結果について、ご報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 承認番号 | 　　　　 |
| 治験課題名 |  |
| 治験責任医師 | 氏名（所属）： |
| 実施日時 | 　　年　　月　　日　　時間：　　　　　～ |
| 　　年　　月　　日　　時間：　　　　　～ |
| 　　年　　月　　日　　時間：　　　　　～ |
| 監査担当者 | 氏名（所属）： |
| 監査の結果 |  |
| 備考 |  |