年　　　月　　　日

モニタリング担当者および中央モニタリング担当者指名書

研究代表医師

（所属）

（氏名）

下記の者は、本臨床研究「　*研究課題名（研究の名称）*　」において、モニタリングの実施に関する手順書に記載された要件を満たしていると判断し、モニタリング担当者および中央モニタリング担当者（データマネジメント担当者）として指名いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所属・職名 | 氏名 |
| モニタリング担当責任者 |  |  |
| モニタリング担当者 |  |  |
| モニタリング担当者 |  |  |
| データマネジメント担当責任者 |  |  |
| データマネジメント担当者 |  |  |
| データマネジメント担当者 |  |  |