

(治験依頼者→院長)

様式モ-6
年 月 日

モニタリング・監査実施者 経歴書

新潟県立がんセンター新潟病院
院長 横山 晶 様

治験依頼者

住 所 :

名 称 :

代表者 :

印

下記の者を新潟県立がんセンター新潟病院で実施の治験に係るモニタリング・監査実施者として指名します。指名者は、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。

記

| | | |
|-----------------------------|---|---------------|
| (フリガナ) | | (写真) 3×4cm |
| 氏 名 | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 (歳) | |
| 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 会社名及び 連絡先 | E-mail. _____ Tel. _____ Fax. _____ | |
| 取得資格等 | | |
| 経 歴 | | |
| 開発業務の経歴 | 開発業務経験年数 : 年 開発業務経験分野 : | |
| 過去3年の経歴 | モニターとして : 件 監査担当として : 件 | |
| モニター及び監査担当者としての教育・訓練歴 (簡潔に) | | |
| | | |

