西暦 年 月 日

**直接閲覧実施者経歴書**

琉球大学病院長 様

琉球大学病院

臨床研究支援センター 様

治験依頼者

住 所：

名 称：

代表者： 印

　下記の者を琉球大学病院で実施の治験にかかわる直接閲覧実施者として指名します。

　指名者は、ＧＣＰについての教育を受け十分な知識を修得し、直接閲覧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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 直接閲覧実施治験 | 被験薬 | 成分記号又はコード |  | 一般名 | |  | |
| 治験課題名 |  | | | | | |
| 治験実施計画書No.　( ) 、　　 年 月 日作成 | | | | | |
| 治験責任医師 | 氏名（所属） | | | | | |
| 直接閲覧実施者経歴 | 氏名 |  | | | 性別 | | 男・女 |
| 所属・職名 |  | | | | | |
| モニタ―経験年数 |  | | | | | |
| 当該治験モニタリング担当者 | □(実施計画書別紙等に記名あり)　　□(実施計画書別紙等に記名なし) | | | | | |

直接閲覧実施者として琉球大学病院を訪問し、直接閲覧を行うにあたり、医療倫理に基づいて守秘義務を遵守することを誓約いたします。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

直接閲覧実施者：　　　　　　　　　　　　印