

厚生連病院共同治験に係る標準業務手順書 補遺3別紙3
 文書確認記録

医療機関名：
 治験課題名：
 治験実施計画書番号：
 治験依頼者：

整理番号：

本治験の確定保存した統一書式について、版管理（確定保存日時）及び指示（確認）を受けた記録として、以下に記載する。
 なお、版数等はCtDoS2[承認文書登録・状況確認]画面の確定保存日と本書式の確定保存日との照合により特定する。

対象期間： 年 月 日～ 年 月 日

実務担当者氏名	確定保存日	取扱い責任者 (確認者)氏名	該当文書名	備考
			<input type="checkbox"/> 書式1、 <input type="checkbox"/> 書式2、 <input type="checkbox"/> 書式4、 <input type="checkbox"/> 書式5、 <input type="checkbox"/> 書式6、 <input type="checkbox"/> 書式8、 <input type="checkbox"/> 書式10、 <input type="checkbox"/> 書式11、 <input type="checkbox"/> 書式12、 <input type="checkbox"/> 書式13、 <input type="checkbox"/> 書式14、 <input type="checkbox"/> 書式15、 <input type="checkbox"/> 書式17、 <input type="checkbox"/> 書式19、 <input type="checkbox"/> 書式20、 <input type="checkbox"/> その他文書（責-依）	
			<input type="checkbox"/> 書式1、 <input type="checkbox"/> 書式2、 <input type="checkbox"/> 書式4、 <input type="checkbox"/> 書式5、 <input type="checkbox"/> 書式6、 <input type="checkbox"/> 書式8、 <input type="checkbox"/> 書式10、 <input type="checkbox"/> 書式11、 <input type="checkbox"/> 書式12、 <input type="checkbox"/> 書式13、 <input type="checkbox"/> 書式14、 <input type="checkbox"/> 書式15、 <input type="checkbox"/> 書式17、 <input type="checkbox"/> 書式19、 <input type="checkbox"/> 書式20、 <input type="checkbox"/> その他文書（責-依）	
			<input type="checkbox"/> 書式1、 <input type="checkbox"/> 書式2、 <input type="checkbox"/> 書式4、 <input type="checkbox"/> 書式5、 <input type="checkbox"/> 書式6、 <input type="checkbox"/> 書式8、 <input type="checkbox"/> 書式10、 <input type="checkbox"/> 書式11、 <input type="checkbox"/> 書式12、 <input type="checkbox"/> 書式13、 <input type="checkbox"/> 書式14、 <input type="checkbox"/> 書式15、 <input type="checkbox"/> 書式17、 <input type="checkbox"/> 書式19、 <input type="checkbox"/> 書式20、 <input type="checkbox"/> その他文書（責-依）	
			<input type="checkbox"/> 書式1、 <input type="checkbox"/> 書式2、 <input type="checkbox"/> 書式4、 <input type="checkbox"/> 書式5、 <input type="checkbox"/> 書式6、 <input type="checkbox"/> 書式8、 <input type="checkbox"/> 書式10、 <input type="checkbox"/> 書式11、 <input type="checkbox"/> 書式12、 <input type="checkbox"/> 書式13、 <input type="checkbox"/> 書式14、 <input type="checkbox"/> 書式15、 <input type="checkbox"/> 書式17、 <input type="checkbox"/> 書式19、 <input type="checkbox"/> 書式20、 <input type="checkbox"/> その他文書（責-依）	
			<input type="checkbox"/> 書式1、 <input type="checkbox"/> 書式2、 <input type="checkbox"/> 書式4、 <input type="checkbox"/> 書式5、 <input type="checkbox"/> 書式6、 <input type="checkbox"/> 書式8、 <input type="checkbox"/> 書式10、 <input type="checkbox"/> 書式11、 <input type="checkbox"/> 書式12、 <input type="checkbox"/> 書式13、 <input type="checkbox"/> 書式14、 <input type="checkbox"/> 書式15、 <input type="checkbox"/> 書式17、 <input type="checkbox"/> 書式19、 <input type="checkbox"/> 書式20、 <input type="checkbox"/> その他文書（責-依）	
			<input type="checkbox"/> 書式1、 <input type="checkbox"/> 書式2、 <input type="checkbox"/> 書式4、 <input type="checkbox"/> 書式5、 <input type="checkbox"/> 書式6、 <input type="checkbox"/> 書式8、 <input type="checkbox"/> 書式10、 <input type="checkbox"/> 書式11、 <input type="checkbox"/> 書式12、 <input type="checkbox"/> 書式13、 <input type="checkbox"/> 書式14、 <input type="checkbox"/> 書式15、 <input type="checkbox"/> 書式17、 <input type="checkbox"/> 書式19、 <input type="checkbox"/> 書式20、 <input type="checkbox"/> その他文書（責-依）	
			<input type="checkbox"/> 書式1、 <input type="checkbox"/> 書式2、 <input type="checkbox"/> 書式4、 <input type="checkbox"/> 書式5、 <input type="checkbox"/> 書式6、 <input type="checkbox"/> 書式8、 <input type="checkbox"/> 書式10、 <input type="checkbox"/> 書式11、 <input type="checkbox"/> 書式12、 <input type="checkbox"/> 書式13、 <input type="checkbox"/> 書式14、 <input type="checkbox"/> 書式15、 <input type="checkbox"/> 書式17、 <input type="checkbox"/> 書式19、 <input type="checkbox"/> 書式20、 <input type="checkbox"/> その他文書（責-依）	