**様式11**

**研究実施者リスト**

臨床研究の実施にあたり、当該研究にかかわる研究実施者を以下のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| **整理番号** | 「TS」で始まる5ケタの番号（ハイフン以下の枝番は不要） |
| **臨床研究課題名** |  |
| **研究実施者** | **研究責任医師** | 所属（診療科） | 氏名 |
| **研究分担医師**※CRBに提出している分担医師リストと整合させる。 | 所属（診療科） | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **研究協力者**※医師以外で研究をサポートする者（CRC、事務補助等） | 所属 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |

上記の者については、規定の教育・研修を受講していることを確認しております。

　　 　年　 月　 日

研究責任医師　　　　　　　　　　　　　　印

※研究協力者について

研究責任医師の責任の下選任し、変更する場合は定期報告もしくは何らかの変更申請の際に本様式を提出し、

事後報告することでよい。規定の教育研修を受講すること。