臨床研究実施支援依頼票 ver.1.1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 申請日　西暦　　　年　　　月　　　日 | | |
| 申請者 | 所属 | 科（部） | | 職位・氏名 |  |
| PHS　　　　　　　　　　　　　内線 | | | | |
| 研究責任者 | 所属 | 科（部） | | 職位・氏名 |  |
| 研究課題名 |  | | | | |
| 予定症例数 | 例 | | | | |
| 予定研究期間 | 西暦　　　年　　月　　日～西暦　　　年　　月　　日 | | | | |
| 症例登録期間 | 西暦　　　年　　月　　日～西暦　　　年　　月　　日 | | | | |
| 依頼内容 | □ 症例報告書作成　□ 被験者のスケジュール管理  □ 倫理審査申請書類作成  □ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＊該当するものに✔をつけて下さい | | | | |

注意事項；

1. 太枠のみご記入下さい。
2. 本書式は臨床研究センター（臨床研究担当）Email:crcrequest@jichi.ac.jpにメールにて提出して下さい。
3. 研究の概要がわかる資料も可能な範囲で併せてご提出ください。

<お問合せ先＞　担当者：臨床研究センター（臨床研究担当）小原　泉

内線）3809　Email:crcrequest@jichi.ac.jp

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

受諾票

西暦　　　　年　　月　　日

臨床研究センター　センター長　北山丈二

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 支援内容 | □ 症例報告書作成　□ 被験者のスケジュール管理  □ 倫理審査申請書類作成  □ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当CRC | 主担当　　　　　　　　　　　　　　PHS  副担当　　　　　　　　　　　　　　PHS |