臨床研究実施支援依頼票 ver.1.4

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 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 |  | | | | | | |
| 主科以外に関連する診療科 | 科、　　　　　科　※複数の診療科が関わる研究の場合に記入 | | | | | | |
| 適応される法律・指針等 | * 臨床研究法 * 人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針   （介入：有 ・ 無）   * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 予定症例数 | 例（うち、本学の予定症例数　　　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 | | | | | | |
| 現在の進捗状況等  （倫理審査申請済み等） |  | | | | | | |
| 依頼内容 | * 認定臨床研究審査委員会（CRB）申請補助（主に特定臨床研究） * 臨床研究倫理審査委員会の申請補助（主に特定臨床研究以外の研究） * 臨床研究　実施許可申請補助 * 報告等の書類作成補助（定期報告、疾病等報告、有害事象報告など） * 被験者のスケジュール管理 * 症例報告書作成 * モニタリング・監査対応 * その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 支援業務費用の財源 | * あり * なし | | | | | | |

注意事項；

1. 太枠のみご記入下さい（□は、該当するものに✔をつけて下さい）。
2. 計画書などの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・治験推進部　和田　妙子

PHS）18548　Email:crcrequest@jichi.ac.jp

受諾票

西暦　　　　年　　月　　日

附属病院臨床研究センター　臨床研究・治験推進部　部長　坂東政司

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 支援内容 | * 認定臨床研究審査委員会（CRB）申請補助（主に特定臨床研究） * 臨床研究倫理審査委員会の申請補助（主に特定臨床研究以外の研究） * 臨床研究　実施許可申請補助 * 報告等の書類作成補助（定期報告、疾病等報告、有害事象報告など） * 被験者のスケジュール管理 * 症例報告書作成 * モニタリング・監査対応 * その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当CRC | 主担当　　　　　　　　　　　　　　PHS  副担当　　　　　　　　　　　　　　PHS |