西暦　　　　年　　　　月　　　日

**臨床研究における支援依頼書**

臨床研究センター長　殿

研究責任医師

所属・職名：

氏名：

下記の研究支援をデータサイエンス部に依頼いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 課題名 |  |
| 研究区分 | □特定臨床研究　□非特定臨床研究　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 施設 | □単施設　　　□多施設（施設数　　　　　） |
| 予定症例数 |  |
| 予定研究期間 | （西暦）　　　　年　　月～（西暦）　　　　年　　月 |
| 企業からの資金提供の有無 | □なし　　　　□あり |
| 支援依頼内容 | □REDCap使用（使用期間：　　　　ヶ月）□REDCap構築□直接モニタリング□中央モニタリング□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |