

臨床研究申請書 (企業・多施設共同研究用)

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日提出

医療法人渡辺医学会 桜橋渡辺病院

院長 渡辺 真一郎 殿

所属・職名

申請者

印

所属長

印

下記の臨床研究について申請します。

1. 研究課題名 依頼者・主たる研究機関の名称：
2. 提出資料 <input type="checkbox"/> 研究計画書 (必須) 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 第 _____ 版 (バージョン) <input type="checkbox"/> 説明文書・同意書 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 第 _____ 版 (バージョン) <input type="checkbox"/> 主たる研究機関の倫理委員会の審査結果通知書 承認年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 第 _____ 版 (バージョン) <input type="checkbox"/> その他 (以下に記載) (_____)
3. 研究責任者 診療科部名 _____ 職名 _____ 氏名 _____
4. 研究分担医師・協力者等 診療科部名 _____ 職名 _____ 氏名 _____
5. 研究の分類 ① 対象となる指針等 <input type="checkbox"/> 人を対象とする生命科学・医学系研究に係わる標準手順書 <input type="checkbox"/> その他 (以下に記載) ② 侵襲性の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ③ 研究の種別 <input type="checkbox"/> 介入研究 <input type="checkbox"/> 観察研究 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
6. 臨床研究等に関する目的

7. 研究期間

倫理審査委員会承認日 から 年 月 日まで

8. 臨床研究等の対象となる個人に理解を求めかつ同意を得る方法

個別同意（以下に個別同意の方法を記載）

個別同意なし

→ 包括的同意 同意を取得しない その他
（以下に個別同意なしの場合における具体的対応を記載）

9. 個人情報の匿名化

匿名化は行わない

匿名化を行う （ 対応表を作成 対応表は作成しない ）

該当しない（最初から匿名化すべき情報等を含まない）

10. 利益相反

有

無

11. 備考