

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 桜橋渡辺未来医療病院 病院長 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 <input type="checkbox"/> 個別同意（以下に個別同意の方法を記載）  <input type="checkbox"/> 個別同意なし → <input type="checkbox"/> 包括的同意 <input type="checkbox"/> 同意を取得しない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 匿名化は行わない <input type="checkbox"/> 匿名化を行う    ( <input type="checkbox"/> 対応表を作成 <input type="checkbox"/> 対応表は作成しない ) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
11. 備考