西暦　　　年　　月　　日

審査申請書

岩手医科大学附属病院臨床研究審査委員会

委員長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　研究責任（代表）医師

所属機関名

職名

氏名 　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

住所　〒　　-

私は、貴委員会の規程（岩手医科大学附属病院臨床研究審査委員会規程）及び岩手医科大学における特定臨床研究に関する手順書の内容を理解し承諾した上で、同規程及び手順書に基づき、下記の臨床研究に関する審査申請を行います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究課題名 |  |
| 研究の予定期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日 |
| 区分1 | 新規　　　　　　継続（jRCT番号　　　　　　　　　　　）  　変更（jRCT番号　　　　　　　　　　　） |
| 区分2 | 審査希望  　報告事項（ 定期報告　　 終了・中止報告　　疾病等報告）  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研究実施（代表）医療機関 | 岩手医科大学  　その他 |
| 研究体制 | 単一施設の研究  　多施設共同研究（ 2～10施設　　 11～50施設　　 51施設以上） |
| 委員会出席者 |  |
| 連絡担当者  （事務局、CRO、SMO等） | 所属・職名：  氏名：  所在地：〒　　-  電話番号：　　　　　　　　　　　E-mail： |
| 審査手数料の請求先 | 研究責任（代表）医師  　連絡担当者  　その他（備考欄に記載してください） |
| 見積書 | 要　　　　不要 |
| 結果通知書の  発送先 |  |
| 備考 |  |