書式1（20241201）

研究整理№：　　　　　　　　　　（事務局が提出後に記載します）

臨床研究倫理審査依頼書（新規）

西暦　　　　年 月 日

公立阿伎留医療センター

　病院長 殿

 臨床研究倫理審査委員会 委員長 殿

【研究責任（代表）者】

（所属）

（氏名） 　　　　　　 印

【所属長】

（氏名） 　　　　　　 印

以下の臨床研究を実施したく、審査を依頼いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 研究の実施体制 | □当センター単独の研究□多機関共同研究で当センターが責任機関□多機関共同研究で当センター以外が責任機関→責任機関の承認書(写)を提出する　　　　　＜責任機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　＞□企業（製薬会社など）からの委託による受託研究＜企業名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＞ |
| 予定症例数 | 当センター：　　　例全体：　　　　　　　例 | 研究期間 | 許可日　～　　 西暦　　年 月 日 |
| 研究分担者名（所属）　　　　　　　　　※全員 |  |
| 倫理講習受講の保証 | □研究責任・分担者全員が研究開始までに倫理研修を受講することを保証します。 |
| 研究の内容 | 介入：□あり、□なし（介入を有する研究は公開データベース[ｊＲＣＴ等]への登録が必須侵襲：□あり（〇通常診療を超える、〇通常診療範囲内、〇軽微な侵襲）、□なし新たな試料の取得：□あり、□なし　　　　新たな情報の取得：□あり、□なし既存試料の使用：□あり、□なし　　　　　 既存情報の使用：□あり、□なし |
| 他機関への試料・情報の提供又は受領 | 他機関への提供：□あり、□なし　　　他機関からの受領：□あり、□なし海外機関への提供：□あり、□なし※他機関への試料・情報の提供がある場合，（様式1）及び（様式2）を提出する。 |
| ヒトゲノム及び遺伝子解析 | □あり、□なし |
| 研究資金の財源 | □所属部署の保有資金、　□公的資金（出資元名：　　　　　　　　　　　　　　　）、□助成金（出資元名：　　　　　　　　　　　）、□営利機関（出資元名：　　　　　　　　　　　　　）□その他（出資元名：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | ＜当センターの研究責任（代表）者＞氏名：　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　メールアドレス：＜窓口担当者＞所属（施設・会社名）：　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス： |
| 添付資料 | □研究計画書（第●版　年月日作成）□説明文書及び同意書（第●版　年月日作成）□情報公開用ポスター（オプトアウト文書）（第●版　年月日作成）□共同研究機関一覧（第●版　年月日作成）□その他①（　）□その他②（　） |
| 備考 |  |