

倫理審査申請書(臨床研究計画用)

長崎みなとメディカルセンター
院長 殿

所属 _____

職名 _____

研究等責任者 _____ 印

下記について、倫理審査を依頼したく提出致します。

課題名			
研究等概要			
研究組織 ※全員分の利益相反 申告書を提出すること		氏名・所属・職名	倫理講習受講歴
	研究責任者		受講先： 受講日：
	研究分担者		有・無
	研究分担者		有・無
研究実施体制	<input type="checkbox"/> 単施設 <input type="checkbox"/> 多施設（主幹研究機関名： _____）		
研究デザイン	・侵襲： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 軽微な侵襲あり <input type="checkbox"/> なし ・介入： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
研究等実施予定期間	研究許可日～ _____ 年 月 日		
症例数	研究全体の症例数： _____ 例 （多施設共同研究の場合、当院における予定症例数 _____ 例）		
研究資金等の出所 (研究費等の種別等)			
その他特記事項			

添付資料一覧	<input type="checkbox"/> 研究計画書 <input type="checkbox"/> 利益相反に関する申告書（研究分担者も含め全員分） ※自署 <input type="checkbox"/> 研究対象者等への同意説明文書・同意書・同意撤回書（必要に応じて） <input type="checkbox"/> 情報公開文書書式（必要に応じて） <input type="checkbox"/> アンケート調査票の見本（必要に応じて） <input type="checkbox"/> 多施設共同研究の場合は、主たる施設で承認を得ている研究計画書の写し <input type="checkbox"/> 多施設共同研究の場合は、主たる施設で倫理審査委員会の承認を受けていることがわかる書類の写し
--------	---

※研究実施の可否	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>承認 ・ 非承認</p> <p style="text-align: right;">長崎みなとメディカルセンター</p> <p style="text-align: right;">院長 _____</p>
----------	--

※の箇所は、事務局にて記載します。