臨床研究支援申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

　臨床研究支援センター長　　殿

臨床研究教育管理センター長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名

※受付番号：

臨床研究支援センター臨床研究支援業務要項第４条及び臨床研究教育管理センター業務要項第２条に基づき，下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ 研究課題名 | | | |
| ２ 実施(研究)責任者  　 名前　　　　　　　　 所属　　　　 　 職名　 　 　連絡先(内線) | | | |
| ３ 実施(研究)分担者  　 名前　　　　　　　 　所属　　　 　　 職名　　　 連絡先(内線) | | | |
| ４ 実施(研究)支援の希望 | | | |
| 臨床研究支援センター支援業務 | 1. 登録候補患者スクリーニング補助　不要　　　要  2. 同意説明補助　　　　　　　　　　不要　　　要  3. 登録作業　　　　　　　　　　　　不要　　　要  4. スケジュール管理　　　　　　　　不要　　　要  5. 特殊採血対応　　　　　　　　　　不要　　　要  6．薬剤管理等　　　　　　　　　　　不要　　　要  7. 内服管理補助　 　　　　 　　不要　　　要  8. 症例報告書（CRF）の作成支援 　 不要　　　要（e-CRF・紙CRF）  9. 被験者対応　　　　　　　　 　　不要　　　要（外来・入院）  10.有害事象報告補助　　　 　　　　不要　　　要  11.該当する委員会報告補助　　 　 不要　　　要  12. 監査　 　　　　　　　　 　　 不要　　　要 | | |
| 臨床研究教育管理センター支援業務 | 13.モニタリング　 　　　　　 　不要　　　要  14.監査 　　　　 　　　　　　 　不要　　　要  15. データ管理　 　　　　　 　 　不要　　　要  16.生物統計　 　　　　　 　　 　不要　　　要 | | |
| 17. その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ５ 実施（研究）希望支援期間 西暦　　　　年　　月　　日 ～西暦　　　　年　　月　　日 | | | |
| ６ 本研究を目的とした研究助成金の有無  　□有：□研究経費見積書添付 □症例登録，事務手数料等の記載資料  　　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　)  　□無：本研究を目的とした研究助成はない | | | |
| ７ 支援料金支出区分 | | | |
| 所管(部局及び組織) | |  | コード |
| 財源(予算管理区分) | |  | コード |
| 目的(中期計画-予算科目) | |  | コード |
| プロジェクト | |  | コード |
| 備考: | | | |

注意事項 1　現時点で提出できる資料（申請対象となるプロトコル及び当該委員会結果通知書のコピー等）を添付すること。

　 　 　　2　※印は記入しないこと。