（西暦）　　　　年　　月　　日

臨床研究審査申請書

（研究協力用）

名古屋第一赤十字病院　院長　　殿

申請者

所　　属　　　　　　　　　科（部）

職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号：No．（年度-番号）  〔臨床研究・治験支援センター事務局で記載します。〕 |  | |
| 所属長の印  （申請者と同一の場合不要） |  |
| 1. 課題名   〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕   1. 実施体制 2. 実施責任者（当院職員）  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 所属・職名 | 氏　　名 | 当該研究に  係るＣＯＩ | |  |  | □有り　　□無し |   実施責任者の連絡先：eメールアドレス（**主に業務で使用するアドレス**が望ましい）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠   1. 研究実施者（外部研究機関）  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 組織名・所属 | 職名・学年 | 氏　　名 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   研究実施者（代表者）の連絡先：eメールアドレス  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠   1. 実施協力者（当院職員）  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 所属・職名 | 氏　　名 | 当該研究に  係るＣＯＩ | |  |  | □有り　　□無し | |  |  | □有り　　□無し | |  |  | □有り　　□無し | |  |  | □有り　　□無し | |  |  | □有り　　□無し |  1. 提出資料（申請時に本申請書の他に以下の資料を提出してください）   □病院長あての研究協力依頼文書  □研究実施計画書（最新のもの：**案は不可**）  □当院職員から研究対象者への説明資料（実際に使用するもの：**案は不可**）  □同意説明文書（実際に使用するもの：**案は不可**）  □同意書、同意撤回書（実際に使用するもの：**案は不可**）  □症例報告書（見本）[ただし、実施計画書から読み取れる場合は、不要]  □アンケート用紙、調査用紙（見本）  □他の研究機関への既存試料・情報の提供に関する届出書  □主体施設での倫理審査結果通知書  □その他、審査に必要とされる資料等   1. 研究概略 2. 研究デザイン（いずれかにチェック）   □軽微な侵襲を伴い、生体試料を用いる（新たに採取する）研究  □軽微な侵襲を伴うが生体試料を用いない研究（精神的苦痛を伴うアンケート等）  □侵襲を伴わないが生体試料を用いる（新たに採取する）研究  □既存試料、既存情報のみを用いた研究※  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※通知、公表の上、オプトアウト対応が可能。研究内容公表資料を添付すること。   1. 対象疾患領域   〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕   1. 研究対象者   □特定の患者・患者家族等を対象とした研究  □不特定の患者・患者家族等を対象とした研究  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. 研究実施機関   □当院のみで実施  □複数施設で実施   1. 実施場所   □特定診療科外来（　　　　　　　　　　　　　　　）  □特定診療科病棟（　　　　　　　　　　　　　　　）  □院内公共スペース（　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　）   1. 目標症例数   当院での目標症例数　　　　　例  研究全体の目標症例数　　　　　例   1. その他（特記事項等あれば記載） | | |