名古屋第一赤十字病院ホームページに掲載するための書式です。研究責任者は、臨床研究の審査申請時に作成し、メールにて臨床研究・治験支援センターへ送付してください。なお、下記の情報に変更が生じた場合は、改めて提出をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 研究課題名
 |  |
| 1. 実施予定期間（当院）
 | 　　　　年　　　　月　～　　　　年　　　　月 |
| 1. 対象患者・疾患等
 |  |
| 1. 対象期間（組入れ期間）
 | 年　　　　月　～　　　　年　　　　月 |
| 1. 実施診療科（部門）
 |  |
| 1. 研究責任者
 | 所属・職名 | 氏名 |
| 1. 研究全体についての概要
 |  |
| 1. 研究実施場所
 | 外来、病棟など具体的に |
| 1. 個人情報の保護について
 | 連結可能匿名化など |
| 1. 利益相反
 |  |  |
| 1. 問い合わせ先
 | 担当者（研究責任者他、研究について連絡がとれる方） |
| 1. 連絡先
 | 電話番号：052-481-5111（代表以外の場合は変更すること） |  |
| FAX番号：052-482-7733（代表以外の場合は変更すること） |

【事務局記載】

審査結果；院長承認日 　　　　年　　　月　　　日

結果の公表；

改訂日；　　　　　　　　　　年　　　月　　　日