|  |  |
| --- | --- |
| 管理番号 |  |

書式1-2

西暦 年 月 日

臨床研究実施許可申請書

天理よろづ相談所病院

研究倫理委員会　委員長　殿

研究責任者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |

他施設の審査委員会で承認となった下記研究について、実施許可を申請致します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課題名 |  | | | |
| 研究代表医師 | 医療機関名：  所属　：　　　　　　　　　　　　氏名 | | | |
| 介入 | □あり　　　□なし | 侵襲性 | □あり　　　□あり（軽微）　　□なし | |
| 研究期間 | 病院長許可日　～　　西暦　　　　年　　月　　日 | | | |
| その他  添付資料 | □他施設の審査委員会審査結果通知書 | | | 西暦　　　年　　月　　日 |
| □他施設の実施許可通知書 | | | 西暦　　　年　　月　　日 |
| □研究計画書 | | | 西暦　　　年　　月　　日 |
| □同意文書 | | | 西暦　　　年　　月　　日 |
| □オプトアウト文書（公開文書） | | | 西暦　　　年　　月　　日 |
| □臨床研究分担者リスト（書式2） | | | 西暦　　　年　　月　　日 |
| □ | | | 西暦　　　年　　月　　日 |
| □ | | | 西暦　　　年　　月　　日 |
| □ | | | 西暦　　　年　　月　　日 |
| □ | | | 西暦　　　年　　月　　日 |
| 備考 |  | | |  |