別記様式第１号（第２条第１項関係）

臨床研究審査依頼書

西暦　　　　年　　月　　日

名古屋市立大学病院臨床研究審査委員長　　　殿

機関名：

機関の長：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

名古屋市立大学病院臨床研究審査委員会への審査について（依頼）

別紙のとおり、名古屋市立大学病院臨床研究審査委員会へ臨床研究の審査を依頼します。

別紙

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 西暦  年　月　日 |
| 受付日＊ | 西暦  年　月　日 |
| 受付番号＊ |  |

＊の箇所は、名古屋市立大学病院申請窓口が記入する。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究課題名 |  | |
| 臨床研究審査を依頼する理由 |  | |
| 研究責任者連絡先 | 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 職名 |  |
| TEL |  |
| e-mail |  |
| 担当者連絡先 | 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 機関の概要  （機関の名称・住所・施設（設備）等の概要） |  |
| 共同研究者  （所属・職名・氏名） |  |
| 研究の意義・目的・役割 |  |
| 対象疾患及び選定理由 |  |
| 実施計画 | ※要点を簡潔に記載すること。 |
| 研究期間 | 承認日～西暦　　　年　月　日 |
| 被験者等に対するインフォームド・コンセント |  |
| 個人情報保護の方法 |  |
| 効果安全性評価委員会  （委員の職名・氏名） |  |
| 被験者等に対して重大な事態が生じた場合の対処方法 |  |