|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理番号 |  |  |
|  | (西暦)　　　年　　月　　日 |
| 名古屋市立大学医学系研究倫理審査委員会 |
| 委員長　様 |  |
|  | 研究機関名 |  |
|  | 研究責任者　　　　　　　　　　　　　 | 印 |
|  |
| 研究倫理審査依頼書（学外） |
| 以下の研究計画について、名古屋市立大学医学系研究倫理審査委員会へ審査を依頼いたします。 |
| 記 |
| 研究課題名 |  |
| 研究責任者 | 氏名： | 職名： |
| 所属： |
| 連絡先住所： |
| 電話： |
| Mail： |
| 依頼内容 | □　新規申請 |
| □　変更申請 |
| □　重篤な有害事象等に関する報告 |
| □　研究計画書からの逸脱に関する報告 |
| □　研究実施状況報告 |
| □　その他 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 依頼理由 | □　自施設に倫理審査委員会がない |
| □　多機関共同研究として中央審査を依頼したい | □ | 総括 | □ | 分担 |
| □　その他 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 自機関外へ研究倫理審査依頼が可能な規定の有無 | □　有り | →文書名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □　無し | →□　自機関外へ研究倫理審査依頼が可能であることを、自機関の研究管理部門及び研究機関の長から了承を得ている。 |
| 提出資料 |
| 資料名 | 作成年月日 |
| □ | 申請書 | 西暦　　　年　　　月　　　日 |
| □ | 研究計画書 | 西暦　　　年　　　月　　　日 |
| □ | 説明・同意文書 | 西暦　　　年　　　月　　　日 |
| □ | 情報共有文書（オプトアウト文書） | 西暦　　　年　　　月　　　日 |
| □ | その他 |  |
|  | □（ | 西暦　　　年　　　月　　　日 |
|  | □（ | 西暦　　　年　　　月　　　日 |

|  |
| --- |
| 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 履歴書 |
| （研究責任者） |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属・職名 |  |
| 学歴（大学） | 大学　　　　　　学部　西暦　　　年卒 |
| 免許 | □ | 医師 | 免許番号(　　　　　)　取得年（西暦　　　年） |
| □ | 歯科医師 | 免許番号(　　　　　)　取得年（西暦　　　年） |
| □ | その他 |
| （　　　　　　　　　　　　）　 | 免許番号(　　　　　)　取得年（西暦　　　年） |
| 認定医等の資格等 | 　 |
| 勤務歴（過去5年程度） | 西暦　　　年　　月～西暦　　　年　　月： |
| 西暦　　　年　　月～西暦　　　年　　月： |
| 西暦　　　年　　月～西暦　　　年　　月： |
| 西暦　　　年　　月～西暦　　　年　　月： |
| 西暦　　　年　　月～現在： |
| 専門分野 |  |
| 所属学会等 |  |
| 主な研究内容、著書･論文等（研究等に関連するもので直近の10編以内） |  |
| 臨床研究等の経験 | □ | 有 |
| 研究責任者の経験(件数) | □ | 有（　　　　　　件） | □ | 無 |
| 研究分担者の経験(件数) | □ | 有（　　　　　　件） | □ | 無 |
| □ | 無 |
| 連絡先 | 住所：（〒　　　　　）電話：Mail：原則として、上記連絡先に連絡が可能な曜日・時間帯： |

|  |
| --- |
| 西暦　　　年　　月　　日 |
|  |
|  |
|  |
| 公立大学法人名古屋市立大学医学系研究倫理審査委員会委員長　様 |
|  |
|  |
| 所属長承諾書 |
|  |
| 　　　　　　　　　　　　 | 研究機関名　名称 |  |
|  | 研究機関長　職名 |  |
|  | 　　　　　　氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　押印 |
|  |
| 　　　　　　　　　　　　 |
| 下記の研究について、名古屋市立大学医学系研究倫理審査委員会へ申請をすることを承諾します。 |
| 記 |
| 研究課題名 |  |
| 研究責任者　所属・氏名 |  |
|  |