(西暦)　 　　年　　　月　　　日

**臨床研究開発支援センター支援協力依頼書**

臨床研究開発支援センター 御中

 本学の研究責任者：

 氏名（署名）：

 e-mail：

下記の臨床研究の実施に当たり、臨床研究開発支援センターの支援を依頼します。-

記

|  |  |
| --- | --- |
| 課題名 |  |
| 対象となる診療科等 | 　　　　　（□　入院　・　□　外来） |
| 実施予定期間〔被験者登録期限〕 | IRB審査委員会承認通知日　　～　(西暦)　　　　　年　　月　 　　日 |
| 目標症例数 | 本院 　 　例 ／　 全国 　　　例 |
| 希望支援項目のチェックボックスにレ点を記入 | ﾁｪｯｸ欄 □　実施計画書の必須項目の確認支援および説明同意文書作成支援 □　多施設共同試験における契約に係わる業務□　多施設共同試験のモニタリング・監査における外部閲覧者への対応□　被験者アンケート調査実施に係わる支援□　被験者負担軽減費に関わる対応 □　被験者スケジュール管理支援 □　モニター担当 □　群間比較比較試験の被験者登録・割付業務 □　センターHPへの「オプトアウト」の掲載 □　その他　 |

※以下をセンターにて記入後、返信。

※ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(西暦)　 　　年　　　月　　　日

**臨床研究開発支援センター支援協力について**

本学の研究責任者

　　　　　　　　　 　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　臨床研究開発支援センターe-mail：clinical\_research＠med.nagoya-cu.ac.jp

内線：7215

　上記依頼について、ご回答します。

以 上