西暦　　　年　　月　　日

臨床研究実施許可申請書

研究機関の長

大分大学医学部附属病院 病院長　殿

研究責任者

（所属）

（氏名）　　　　　　　　　　印

所属部署の長

（氏名）　 　　 　　　　　　印

下記の臨床研究について、実施許可を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 新規/変更等 | □ 新規　　　　□ 変更　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 承認を受けた  倫理審査委員会 | □ 本院・本学委員会  　□ 他機関委員会（委員会名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 臨床研究課題名 |  |
| 公表課題名 |  |
| 臨床研究登録状況 | 介入ありの研究は下記いずれかへ要登録  　□ jRCTへ登録済み（番号　　　）  　□ UMINへ登録済み（番号　　　） |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　 　　FAX： 　　　　　　　Email： |
| 備考 |  |

添付資料一覧（他機関委員会で承認された研究の場合）

|  |
| --- |
| 資料名 |
| □実施・安全体制等の確認書（研究責任者記載用） |
| □臨床研究計画書 |
| □説明同意文書 |
| □情報公開文書（オプトアウト文書） |
| □他機関の審査結果通知書（多機関共同研究で他機関既承認の場合），審査の過程が分かる記録 |
| □利益相反審査結果（研究責任者・研究分担者全員分） |
| □臨床研究倫理セミナー受講証（研究責任者・研究分担者全員分） |
| □その他 |

※変更申請の場合は上記書類の内、変更が生じたもののみを提出