西暦　　　年　　月　　日

一括審査依頼事前連絡書

研究代表者

（所属）

（氏名）　　　　　　　　　　印

多機関共同研究の研究代表者として一括審査を依頼しますので、下記のとおり事前連絡します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究課題名 |  |
| 本学利益相反委員会での審査状況 | □ 審査済み　　　　　　□ 審査中　　　　　　　　（対象：本学のすべての研究者） |
| 本学担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：TEL：　　　　　 　　FAX： 　　　　　　　Email： |
| 備考 |  |

共同研究機関一覧

|  |
| --- |
| 共同研究機関名： |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |