【審査申込Ver.1.0】2018.05.15

臨床研究審査申込書

西暦　　　　年　　月　　日提出

滋賀医科大学学長殿

|  |  |
| --- | --- |
| 特定臨床研究実施医療機関名： |  |
| 住所： |  |
| 研究責任医師氏名： |  |

下記の研究計画について、滋賀医科大学臨床研究審査委員会へ審査等業務を委託いたします。

※　 受付番号　　　　　（事務局記入）

研究計画概要

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 研究名称 |  |
| 2．研究の区分 | □特定臨床研究　　□臨床研究（介入研究） |
| 3．医薬品、医療機器等の別 | □医薬品　　　　□医療機器　　　　□再生医療等製品 |
| 4．医薬品、医療機器等における未承認、適応外、承認内の別 | □未承認　　　　□適応外　　　　□承認内 |
| 5．研究の概要  (※150字以上200字以内) |  |
| 6．研究責任医師  (※研究者に限る) | 氏名：  所属・役職：  電話：  E-mail： |
| 7．研究代表医師の氏名(※他施設共同研究の場合) | □上記と同じ |
| 8．事務担当の連絡先 | 担当部署：  担当者名：  E-mail:  TEL/FAX： |
| 9．審査料の支払い　　資金源 | □学内予算（　　）  □共同研究経費（　　）  □受託研究経費（　　）  □寄付金（　　）  □省庁等の公的研究費（名称、研究番号：）  □企業・団体等からの研究助成金（　　）  □その他（具体的に：　） |