20xx　　年　　月　　日

**臨床研究支援・申請書**

先端医療開発センター長　殿

研究代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所属機関）　（診療科）　（職名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）

下記の研究について、以下のとおり支援を依頼いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研 究 題 目 | |  | | | | |
| 添 付 書 類 | | □臨床研究実施計画書案　　□試験薬/機器概要書案  □同意説明文書案　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 希 望 す る  支 援 内 容 | | コンサルテーション  □研究デザイン　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  臨床研究運営支援業務  □プロジェクト管理 □実施計画書作成支援  □試験薬/機器概要書作成支援 □同意説明文書作成支援  □症例報告書設計　 □症例登録・割付  □データマネジメント □統計解析  □モニタリング □監査  臨床研究実施支援業務  □CRC業務　 □薬剤管理業務 | | | | |
| 研 究 区 分 | | 評価対象： □医薬品　　　□医療機器　　　　　　□細胞（□ヒト幹細胞）  □遺伝子　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  研究種類： □治験　　　　□先進医療・臨床試験　□その他・臨床試験  □観察研究 | | | | |
| 支援企業の有無 | | □有　□無 | 資金源 | □公的研究費　□その他（□有　□交渉中　□無） | | |
| 連絡担当者 | フリガナ  氏　名 |  | | | | |
| 医療機関 |  | | | | |
| 診療科 |  | | | 職　名 |  |
| 電話番号 |  | | | E-mail |  |