（４）多施設共同研究における研究責任医師に関する事項等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究責任医師の連絡先 | 氏名 |  |
| Name |  |
| e-Rad番号 |  |
| 所属機関（実施医療機関） |  |
| Affiliation |  |
| 所属部署 |  |
| 所属機関の郵便番号 |  |
| 所属機関の住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 研究に関する問合わせ先 | 担当者氏名 |  |
| 担当者所属機関 |  |
| 担当者所属部署 |  |
| 担当者所属機関の郵便番号 |  |
| 担当者所属機関の住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 研究責任医師の所属する実施医療機関の管理者の氏名 |  |
| 当該特定臨床研究に対する管理者の許可の有無 | □　あり | □　なし |
| 認定臨床研究審査委員会の承認日（当該研究責任医師の研究実施について記載された実施計画が委員会に承認された日） |  |
| 救急医療に必要な施設又は設備 |  |