西暦　　年　　月　　日

金沢大学

臨床研究審査委員会委員長　　殿

研究責任（代表）医師

　医療機関名：

所属・職名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

金沢大学臨床研究審査委員会審査申込書

　下記研究課題について，金沢大学臨床研究審査委員会での審査を依頼いたします。

なお，審査手数料は請求書が届き次第，期日までにお支払いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1.審査依頼事項  | [ ] 新規審査 [ ] 実施計画の変更 [ ] 疾病等報告 [ ] 不具合報告[ ] 定期報告 [ ] 終了報告 [ ] その他（　　　　　　　　） |
| 2.研究課題名 |  |
| 3.担当医師連絡先 | 氏名：所属・職名：電話：　　　　　　　e-mail： |
| 4.事務担当者連絡先　※必要に応じて記載 | 氏名：所属・職名：電話：　　　　　　　e-mail： |
| 5. 審査手数料請求書送付先 | 〒住所：宛名： |
| 6. その他 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　【担当】金沢大学病院部経営管理課臨床試験係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　076-265-2048（直通）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール　hpsangak@adm.kanazawa-u.ac.jp

審査申込みを承諾しましたら担当よりメールにて審査手続きに関してお知らせいたします。（申請書類が不十分な場合は，審査をお引き受けできない場合もございます）

【審査手数料】　※税抜です。

・新規審査（学外） 　　　　　　　　　　　　 　 500,000円

・継続審査（定期報告（2年目以降毎年），変更申請等） 100,000円