20XX 年 月 日

**臨床研究支援・申請書（院内PI統計相談）**

先端医療開発センター

　センター長　殿  
　生物統計部門長　殿

研究代表者

（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  □ その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 希 望 す る  相 談 内 容 | | □ 研究デザイン　　□ エンドポイント　□ 症例数設計  □ その他（ 　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | |
| 研 究 区 分 | | 評価対象： □ 医薬品　　□ 医療機器　　□ その他（　　　　　　　　　 ）  研究種類： □ 治験　　　□ 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（　　　　　　　　　　 ） | | |
| 連絡担当者 | フリガナ  氏　名 |  | | | | |
| 診療科 |  | | | 職　名 |  |
| 電話番号 |  | | | E-mail |  |
| 希 望 日 時 | | 第1希望：　　月　　日　　　　：　　　〜　　　　：  第2希望：　　月　　日　　　　：　　　〜　　　　：  第3希望：　　月　　日　　　　：　　　〜　　　　：   * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

* 以下（網掛け部分）は先端医療開発センター生物統計部門にて記載

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受 理 日 | 年　　月　　日 | 初回相談日 | 年　　月　　日 |
| 対 応 者 | 生物統計部門長 | | |
| 初回相談 内容 | □ 初回相談にて完了　　　□　相談継続  □ その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |