|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nms様式1  | 整理番号  | nms20 -  |

 西暦　　　　年　　月　　日

審 査 ・ 報 告 申 込 書

学校法人日本医科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 |  | 印 |

私は、貴委員会の「審査意見業務に関する約款」の内容を理解し承諾した上で、同約款に基づき、下記の臨床研究に関する審査・報告を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究課題名 |  |
| jRCT番号※1 |
| 研究の予定期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日 |
| 区分 | □　新規審査申請 |
| □　変更申請 |
| □　定期報告 |
| □　重大な不適合報告 |
| □　医薬品疾病等報告□　医療機器疾病等又は不具合報告□　再生医療等製品疾病等又は不具合報告 |
| □　中止通知□　終了通知□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研究実施（代表）医療機関 | □　学校法人日本医科大学□　その他 |
| 研究体制 | □　単一施設の研究□　多施設共同研究 ※施設数を表から選択

|  |  |
| --- | --- |
| 法人内※2  | □ 2～50施設　□ 51施設以上　 |
| 法人外 | □ 2～30施設　 　 □ 31～50施設　□ 51～100施設□ 101～200施設　□ 201施設以上 |

 |
| 連絡担当者（事務局、企業、CRO等） | 所属・職名：氏名：所在地：〒　　-電話番号：　　　　　　　　　　　E-mail： |
| 審査手数料請求先 | □　研究責任（代表）医師□　連絡担当者□　その他（備考欄に記載してください） |
| 備考 |  |

記

※1 新規審査依頼時は記載不要です。

※2 法人内とは、研究責任（代表）医師が学校法人日本医科大学の専任職員である場合をいいます。