年　　月　　日

特定臨床研究実施申請書

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館　館長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 |  |  |
| 研究責任者名 |  | 印 |

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館における特定臨床研究に関する規則に基づき、以下のとおり申請いたします。

１　研究名

|  |  |
| --- | --- |
| 実施計画番号  (ｊRCT番号) |  |
| 研究名称 |  |

２　研究組織（好生館内）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 所属 | 役職 | 氏名 |
| 研究責任者 |  |  |  |
| 研究分担者 |  |  |  |

３　多施設共同研究

|  |  |
| --- | --- |
| 研究代表施設名 |  |
| 研究代表者名 |  |

４　研究期間

|  |  |
| --- | --- |
| 症例登録期間 | 館長承認日　　　　　　～　20　　　年　　　　月　　　　日 |
| 研究期間 | 20　　　年　　　月　　　日　　～　20　　　年　　　　月　　　　日 |

※その他　多施設共同研究で他の機関が代表の場合は実施計画書(様式第一、第三十九条関係)、研究計画書、説明・同意文書、モニタリング手順書、疾病等が発生した場合の手順書、医薬品の概要を記載した書類、認定倫理審査委員会からの結果通知書(統一書式４)を添付すること。