様式 1

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |

西暦 年 月 日

新　規　審　査　依　頼　書

神戸大学医学部附属病院　介入研究倫理審査委員会　委員長　殿

研究責任者（研究代表者）

|  |  |
| --- | --- |
| 研究機関名 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |

下記のとおり研究を実施したく申請いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究課題名 |  | | |
| 実施機関 | □ 単独　　　□ 多機関共同研究（研究代表者：□ 神戸大学(※)　□ その他（　　））  ※研究を実施する機関（□ 医学研究科　□ 附属病院　□ ICCRC　□ その他（　　）） | | |
| 介入の有無 | ■ あり　　□ なし | 研究の侵襲性 | □ あり　　□ あり（軽微）　　□ なし |
| 研究の種類 | □ 研究目的に新たに試料や情報を取得する  □ 既存の試料や情報を収集する  □ その他（） | | |
| 審査事項  （添付資料） | □ 臨床研究分担者リスト（作成日 年 月 日）  □ 研究機関リスト（作成日 年 月 日）  □ 実施研究機関要件確認書（作成日 年 月 日）  □ 研究責任者等の教育受講歴確認書（作成日 年 月 日）  □ 臨床研究実施計画書（版数： 作成日 年 月 日）  □ 同意説明文書（版数： 作成日 年 月 日）  □ 情報公開文書（版数： 作成日 年 月 日）  □ 症例報告書の見本（版数： 作成日 年 月 日）  □ 被験者募集ポスター（版数： 作成日 年 月 日）  □ 試料・情報の提供に関する届出書・記録書（作成日 年 月 日）  □ アセント文書（版数： 作成日 年 月 日）  □ その他（　　） | | |
| 臨床研究責任者 連絡先(Mail) | Mail： | | |
| 実務担当者 （連絡者） | 研究機関名：  所属：  氏名：  Mail： | | |

以上

上記のとおり申請することについて承諾しました。

西暦 年 　　月 　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 研究機関名 |  |
| 診療科（部署）名 |  |
| 科（部署）長氏名 |  |