西暦　　　　年　　月　　日

受託研究依頼書

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構

大阪刀根山医療センター　院長　殿

受託研究依頼者

（名称）

（代表者）

下記の研究を依頼いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬名または  試験機器名 |  | 研究実施計画書番号 |  |
| 研究課題名 | □新規依頼　□継続依頼 | | |
|  | | |
| □治験･受託研究審査委員会の会議の記録の概要に上記研究課題名を使用可  ※上記研究課題名と異なる課題名の使用を希望する場合は下欄に記載 | | |
|  | | |
| 研究の期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 | | |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： | | |

添付資料一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資料名 | 作成年月日 | 版表示 |
| □研究実施計画書 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □研究薬概要書又は添付文書 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □症例報告書の見本　※研究実施計画書において記載事項が十分に読み取れる場合は不要 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □説明文書、同意文書 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □受託研究責任医師となるべき者の氏名を記載した文書（履歴書） | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □受託研究分担医師となるべき者の氏名を記載した文書（氏名リスト） | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □受託研究の費用の負担について説明した文書（被験者への支払（支払がある場合）に関する資料） | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □被験者の健康被害の補償について説明した文書 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □被験者の募集の手順（広告等）に関する資料 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □被験者の安全等に係る資料 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □その他 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |