西暦　　　　年　　月　　日

利益相反状況確認依頼書

実施医療機関の管理者

日本医科大学（医療機関名）病院　院長　殿

部署長

（氏名）

研究責任（代表）医師

（所属）

（氏名）

下記の通り、利益相反状況の確認を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究名称 |  |
| 所属受付番号※ |  | jRCT番号※ |  |
| 提出（予定）認定臨床研究審査委員会 | [ ] 　学校法人日本医科大学臨床研究審査委員会 |
| [ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 区分 | [ ] 　新規審査申請 |  |
| [ ] 　変更審査申請 |  |
| [ ] 　定期報告 |  |
| [ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 備考 |  |

※新規審査申請時は記載不要

添付資料一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資料名 | 作成年月日（西暦） | 版表示 |
| [ ] 　研究分担医師リスト（統一書式１） | 年　月　日 |  |
| [ ] 　利益相反管理基準（様式A） | 年　月　日 |  |
| [ ] 　関係企業報告書（様式B） | 年　月　日 |  |
| [ ] 　研究者利益相反自己申告書（様式C） | 年　月　日 |  |
| [ ] 　研究計画書＊ | 年　月　日 |  |
| [ ] 　説明文書、同意文書＊ | 年　月　日 |  |
| [ ] 　企業との契約書（案）※ある場合＊ | 年　月　日 |  |
| [ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | 年　月　日 |  |
|  |  |  |

＊変更申請、定期報告時に変更のない場合は提出不要。