

利益相反状況確認依頼書

実施医療機関の管理者

日本医科大学〇×病院 院長 殿

部署長

(氏名) 審査 審之介

研究責任 (代表) 医師

(所属) 〇〇〇科

(氏名) C R B 太郎

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	難治性XXX病に対するAAAを用いた治療法の有効性と安全性に関する臨床研究		
所属受付番号 ^{※1}	特定-〇×-2024-xxx	jRCT番号 ^{※1}	jRCTs xxxxxxxx
提出 (予定) 認定 臨床研究審査委員会	<input type="checkbox"/> 学校法人日本医科大学臨床研究審査委員会 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (学校法人〇〇大学臨床研究審査委員会)		
区分	<input type="checkbox"/> 新規審査申請 ^{※2} <input checked="" type="checkbox"/> 変更審査申請 ^{※3} <input type="checkbox"/> 定期報告 <input type="checkbox"/> その他 (
備考 ^{※3}	関連企業の追加及び削除 追加: 〇〇製薬株式会社 削除: ××製薬株式会社		

空欄でも可

記載例

- ・ 関連企業の追加 (〇〇製薬株式会社)
- ・ 関連企業の追加及び削除
(追加: 〇〇製薬株式会社)
(削除: ××製薬株式会社)

* 削除のみの場合は、申告不要

※1: 新規審査申請時は記載不要

※2: 既に実施中の多施設共同研究に研究分担施設として新規に参加する場合は「変更審査申請」を選択する

※3: 本学施設での変更があった場合は、「変更審査申請」を選択し、その内容を「備考」にも記載すること
(例: 本学施設の研究分担医師の追加等)

添付資料一覧

資料名	作成年月日 (西暦)	版表示
<input checked="" type="checkbox"/> 研究分担医師リスト (統一書式1)	西暦20xx年xx月xx日	
<input checked="" type="checkbox"/> 利益相反管理基準 (様式A)	西暦20xx年xx月xx日	
<input checked="" type="checkbox"/> 関係企業報告書 (様式B)	西暦20xx年xx月xx日	
<input checked="" type="checkbox"/> 研究者利益相反自己申告書 (様式C) ^{※4}	西暦20xx年xx月xx日	
<input checked="" type="checkbox"/> 研究計画書	西暦20xx年xx月xx日	第 xx 版
<input checked="" type="checkbox"/> 説明文書、同意文書	西暦20xx年xx月xx日	第 xx 版
<input type="checkbox"/> 企業との契約書 (案) ^{※5} ある場合	西暦 年 月 日	
<input checked="" type="checkbox"/> その他 (本研究と関わりのある企業リスト)		別紙の企業リストがある場合には、備考欄「企業リスト参照」でも可

直近の臨床研究審査委員会で承認された最新版を提出

※4: 複数分提出する場合には、研究責任医師の作成年月日のみ記載する

※5: 変更申請、定期報告時に変更のない場合は提出不要

注) 本書式は研究責任 (代表) 医師が作成し、部署長に了解を得た上で、付属所属長に提出すること。