|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nms様式1 | 整理番号 | nms20 - |

西暦　　　　年　　月　　日

審 査 ・ 報 告 申 込 書

学校法人日本医科大学臨床研究審査委員会

委員長　殿

統括管理者（確認依頼者）

|  |  |
| --- | --- |
| （所属機関名） |  |
| （所属・職名） |  |
| （氏名） | ※法人又は団体の場合は  代表者の氏名 |
| （住所） |  |

私は、貴委員会の「審査意見業務に関する約款」の内容を理解し承諾した上で、同約款に基づき、下記の臨床研究に関する審査・報告を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究課題名 |  |
| jRCT番号※1 |
| 研究の予定期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日 |
| 区分 | □　新規審査申請 |
| □　変更申請 |
| □　定期報告 |
| □　重大な不適合報告 |
| □　医薬品疾病等報告  □　医療機器疾病等又は不具合報告  □　再生医療等製品疾病等又は不具合報告 |
| □　中止通知  □　終了通知 |
| □　適応外使用該当性確認依頼  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 統括管理者（確認依頼者）の情報 | □　学校法人日本医科大学  □　その他 |
| 研究体制 | □　単一施設の研究  □　多施設共同研究 ※施設数を表から選択   |  |  | | --- | --- | | 法人内※2 | □ 2～50施設　□ 51施設以上 | | 法人外 | □ 2～30施設　 　 □ 31～50施設　□ 51～100施設  □ 101～200施設　□ 201施設以上 | |
| 連絡担当者  （事務局、企業、CRO等） | 所属・職名：  氏名：  所在地：〒　　-  電話番号：　　　　　　　　　　　E-mail： |
| 審査手数料  請求先 | □　統括管理者  □　連絡担当者  □　その他（備考欄に記載してください） |
| 備考 |  |

記

※1 新規審査依頼時は記載不要です。

※2 法人内とは、統括管理者が学校法人日本医科大学の専任職員である場合をいいます。