西暦　　年　　月　　日

受託研究委託申込書

独立行政法人国立病院機構

関門医療センター　院長　殿

研究依頼者

住所

名称

代表者

独立行政法人国立病院機構関門医療センター受託研究取扱規程第２条の規定に基づき、下記のとおり研究を委託いたしたく申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 試験品商品名/一般名 |  | 研究実施計画書番号 |  |
| 研究課題名 | □新規依頼　□継続依頼 |
|  |
| 区分 | □医薬品　□医療機器(用具)　□再生医療等製品　□その他： |
| 用途 | □再審査申請　/　□再評価申請□製造販売後臨床試験　□使用成績調査　□一般使用成績調査　□特定使用成績調査　□使用成績比較調査□副作用・感染症症例調査□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対象疾患 |  |
| 研究実施期間 | 西暦　　年　月　日　～　西暦　　年　月　日 |
| 研究契約期間 | 契約締結日　～　西暦　　年　 月　日 |
| 実施予定症例数 | 　　　症例（　　　報告/例） |
| 研究責任医師 | 氏名：　　　　　　　　　　診療科： |
| 担当者連絡先 | 氏名： | 所属 |
| TEL： | FAX: |
| 添付資料一覧 |
| 資料名 | 作成年月日 | 版表示 |
| □研究実施計画書あるいは調査要項 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □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 |  |
| □受託研究分担医師氏名リスト（様式２） |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □その他 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| 上記の内容について確認しました。　　　　　　　　確認日：西暦　　　　年　　　月　　　日診　療　科：研究責任医師：　　　　　　　　　　　印 |