西暦　　　　年　　月　　日

審査依頼状

埼玉医科大学臨床研究審査委員会 殿

以下の臨床研究課題の審査を貴委員会に依頼いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究課題名 |  |
| 多施設共同研究の該当の有無 | □ あり　　 □ なし |
| 研究責任（代表）医師 | 所属：  職位：  氏名： |
| 電子メールアドレス：  電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　（内線） |
| 事務担当者 | 所属：  職位：  氏名： |
| 電子メールアドレス：  電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　（内線） |
| 委員会当日の  説明者  (新規申請は必須)  ※変更が生じた場合は必ず連絡してください。 | □研究責任（代表）医師（委員会会場・WEB会議システム）いずれかに○  □代理の研究責任医師　（委員会会場・WEB会議システム）いずれかに○  　※多施設共同研究において研究責任医師が代理で説明する場合  　所属：  　氏名：  　連絡先： |

審査依頼にあたり、以下を遵守いたします。

1．臨床研究法並びに関連法規を遵守して研究を実施する。

2．臨床研究審査委員会での審査に必要な資料等の提出依頼には速やかに応じる。

3．請求書に基づき審査に係わる規定の費用の支払いを行う。

4．本研究に関わる研究責任医師、研究分担医師に関しては、本研究を適正に実施するための十分な教育および訓練を事前に受けていることを確認する。

　研究責任（代表）医師

署名