|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 近大－様式　特-1  **赤字部分を参考に作成し、提出時にはすべての赤で記載された項目を削除してください。** |  | 受付番号 | 事務局で記載します |

西暦     年     月     日

**特 定 臨 床 研 究 届 出 書**

近畿大学病院長　殿

研究責任医師

所属・職名：

氏　名：　　　　 印

「本学医学部における研究責任医師」と同じにしてください。

下記のとおり届出いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **課題名** |  |
| **届出の種類** | □ 新規（医薬品）　□ 新規（医療機器）　□ 新規（再生医療等製品）  □ 変更　□ 定期報告　□ 疾病等報告　□ 重大な不適合報告　□ 不具合報告  □ 中止　□ 終了 |
| **本学医学部**  **における**  **研究責任医師** | 氏名： 所属： 職名：  近畿大学医学部における研究責任医師を記載してください。 |
| **研究分担医師**  **（本学医学部所属）** | 氏名： 所属： 職名：  氏名： 所属： 職名：  氏名： 所属： 職名：  本学医学部所属の研究分担医師のみを記載してください。  行は適宜追加・削除してください。 |
| **連絡先** | 氏名： 所属： 職名：  内線番号： PHS番号：  E-mail:  事務局からの連絡に使用可能な連絡先を記載してください。  研究責任医師とは別の方でも構いませんが、秘書を連絡先にしないでください。 |
| **研究の組織** | □ 本学医学部（病院を含む）内のみで行われる単独研究  □ 本学医学部（病院を含む）が研究代表医師である多施設共同研究  □ 本学医学部（病院を含む）が研究分担医師である多施設共同研究  研究代表機関名：  研究代表医師名： |
| **審査を実施した**  **認定臨床研究審査委員会** | 委員会名：　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号： |
| **jRCTへの登録** | 登録No. |

　注）厚生労働省作成の統一書式2、あるいは4を参考に添付資料一覧を添付すること。