

整理番号	—
------	---

西暦 年 月 日

研究分担者・研究協力者リスト (□新規 □変更)

成田赤十字病院
 院長 角南 勝介 殿

研究責任者 (所属) _____
 (職名・氏名) _____ 印
 所属長 (氏名) _____ 印

下記の試験において、下に示す者を研究分担者・研究協力者として試験業務を分担したく提出いたします。

記

課題名	
-----	--

研究分担者の氏名、所属又は職名及び分担業務の内容 (10名を上回る場合別紙に記載)

氏名	所属又は職名	分担業務の内容
		<input type="checkbox"/> 試験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 試験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 試験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 試験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 試験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 試験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 試験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 試験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 試験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 試験業務全般 <input type="checkbox"/> ()

研究協力者の氏名、所属又は職名及び分担業務の内容 (10名を上回る場合別紙に記載)

氏名	所属又は職名	分担業務の内容
		<input type="checkbox"/> 試験業務補助全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 試験業務補助全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 試験業務補助全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 試験業務補助全般 <input type="checkbox"/> ()

【記入上の注意】

- (1) 研究分担者：当院の職員であり、原則医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師等の医療上の資格を有する者（臨床心理士を含む）で、病院長により適格性が確認された者とし、原則として研修医においては行うことができない。
- (2) 研究協力者：原則医師、薬剤師、看護師、検査技師等の医療上の資格を有する者（臨床心理士を含む）で、病院長により適格性が確認された者。
- (3) 研究分担者及び研究協力者は関連法規等の研修についての必要なトレーニングを受け、その実施が確認できた者とする。