

| | |
|------|---|
| 整理番号 | — |
|------|---|

西暦 年 月 日

研究責任者・研究分担者の要件に関わる申告書

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

| | |
|-----|--|
| 課題名 | |
|-----|--|

下記研究者の研究責任者・研究分担者としての要件に関する事項を申告します。
なお、当該研究者は当院に所属し、当該試験を担当するのに十分であることを確認しました。

記

| 所 属 ¹⁾ | 職 名 ¹⁾ | 氏 名 | ICR 修了証 番号 ²⁾ | 臨床研究に係る利益 相反自己申告書 ³⁾ (研究責任者、研究分担者および研究協力者全員提出) |
|-------------------|-------------------|-----|-----------------------------|---|
|-------------------|-------------------|-----|-----------------------------|---|

研究責任者

| | | | | |
|--|--|--|--|--------|
| | | | | □ 提出済み |
|--|--|--|--|--------|

研究分担者

| | | | | |
|--|--|--|--|--------|
| | | | | □ 提出済み |

研究協力者

| | | | | |
|--|--|--|--|--------|
| | | | | □ 提出済み |
| | | | | □ 提出済み |

【注】変更申請の場合は、追加となる医師のみの記載で結構です。

- 1) 所属と職名は人事上の正式名称をご記載ください。
- 2) 修了証の提出が必要です。修了証発行に必要な費用は修了証の提出時に請求手続きをしてください。
- 3) 封書に入れた自己申告書を研究責任者が取りまとめ、申請までに倫理委員会事務局に提出して下さい。