

様式第1号

西暦 年 月 日

臨床研究審査申請書

(あて先)八尾市立病院長

申請者 所属
職 名
氏 名 印

下記のとおり研究計画等についての審査を受けたく、申請します。

記

1. 課 題 名	
2. 所属長の承認	⑩
3. 共同研究実施者	(当院において本臨床試験を共同で行う方をすべて記載してください。)
4. 研究代表者	研究代表者 : 所 属 : 〒 TEL : FAX : (主管研究施設における IRB 審査結果書を添付してください。)
5. 研究の目的	
6. 実施計画の概要	【目標症例数】: 【試験実施期間】: 【主要評価項目】: 【副次評価項目】: 【試験シエーマ】 【試験治療】:
7. 研究における 倫理的配慮 について	(1) 研究の対象とする個人の人権の擁護
	(2) 被験者に理解を求め、同意を得る方法及び同意を得るに際しての説明内容

	<p>(3) 研究によって生じる個人の不利益と医学上の利益または貢献度の予測</p> <p>【研究によって生じる個人の不利益】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 試験期間中の治療に関する費用・ 健康被害に対する補償 <p>【医学上の利益または貢献度の予測】</p>
	<p>(4) その他</p> <p>【COI に関する申請】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 利益相反申請様式のとおり。 <p>(利益相反申請様式を添付してください。)</p>