年　　月　　日

臨床試験管理センター長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（診 療 科 名）

（研究責任者名）

（連 絡 先）

臨床研究支援依頼書

当科において実施する以下の臨床研究について、下記の通り支援を希望しておりますので、ご検討の程お願い致します。

**１．臨床研究の情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 研究予定期間 | 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 症例登録期間 | 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 予定症例数 | 例 |
| 本研究の意義どのようなアウトプットを予定しているか |  |
| 研究費用財源 |  |
| 支援費用の負担 | □ 予定あり　　□ 予定なし |
|  |  |

* 枠は自由に設定していただいて構いません。

**２．CRC支援依頼一覧**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 支援内容 | 支援希望 |
| 1 | 同意説明・取得の補助 |  |
| 2 | スケジュール管理 |  |
| 3 | 被験者データの収集とフォローアップ |  |
| 4 | 症例報告書（CRF）作成の補助 |  |
| 5 | 上記以外の支援（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

* 支援を希望する項目に○、特に支援を希望する項目に◎をつけて提出下さい。

**３．CRC支援依頼の具体的内容**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 支援内容 | 希望する内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 枠は自由に設定していただいて構いません。

**４．CRC支援以外の支援依頼**

|  |
| --- |
| 希望する内容 |
|  |

* 枠は自由に設定していただいて構いません。