様式 研究支援１

**臨床研究支援申請書**

 　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

 静岡県立総合病院

臨床研究支援判定部会長　様

所　属

 　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　職

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　印

（受付番号：支援　　　　　　）

臨床研究への支援を希望するので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 申請理由 | ＜研究の意義＞ |
| ＜支援が必要な理由＞※人工に関する問題やプロトコルの難易度等、研究を遂行する上での問題点を記入してください。当院目標症例数（　　　件） |
| 希望する支援期間 | 平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日※支援期間は最長１年です。 |
| 希望する支援の内容希望項目に☑してください |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望 | 項　　目 | 実施者 |
| □ | 1.被験者のスクリーニング(適格性の調査) | ＤＡ |
| □ | 2.同意取得時の補助説明 | ＣＲＣ |
| □ | 3.被験者登録業務の補助（登録ｾﾝﾀｰへのFAX送信等） | ＤＡ |
| □ | 4.スケジュール管理(主にスケジュール表作成) | ＤＡ |
| □ | 5.症例報告書作成支援 | ＤＡ |
| □ | 6.その他(必要な項目を記載してください) |  |

ＤＡ:Doctor’s Assistant(事務員)　ＣＲＣ：Clinical Research Coordinator(医療職) |
| 参考項目（無、有に○を付ける） | 文部科学省科学研究費助成事業等の研究であるか | 無 | 有 |
| ファルマバレーセンターの関与があるか | 無 | 有 |
| 自主研究であるか | 無 | 有 |
| 地方独立行政法人静岡県立病院機構の中期目標に沿ったものか | 無 | 有 |
| 研究費の提供 | 無 | 有 |
| 研究結果は発表され、病院の評価向上につながるか | 無 | 有 |