様式１（研究依頼者→実施医療機関の長）

西暦　 　年　　月　　日

**研究委託申込書**

独立行政法人国立病院機構

鹿児島医療センター　院長　殿

研究依頼者

住　所：

名　称：

代表者：

独立行政法人国立病院機構 鹿児島医療センター受託研究取扱規程第２条の規定に基づき、下記のとおり研究を委託いたしたく申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究課題名 |  | | |
| 研究の目的 | 区分 | * 医薬品　　　□ 医療機器　　□再生医療等製品　□ その他： | |
| 用途 | □ 1.再審査申請（使用成績調査）　□ 2.再審査申請（特定使用成績調査）  □ 3.再評価申請（特定使用成績調査）□ 4.副作用・感染症症例調査  □ 5.その他： | |
| 薬品名・機器名 | 一般名 |  |  |
| 商品名 |  | 剤型 |
| 研究の内容 |  | | |
| 研究責任医師 | 診療科名：　　　　　　　　　　氏名： | | |
| 研究実施期間 | 契約締結日　～　西暦　　 年　 月　 日 | | |
| 実施予定症例数 | 例（　　　報告書/例） | | |
| 添付資料 | □ 実施要綱（実施計画書）　　　□ 調査票見本　　　　□ 同意・説明文書  □ 研究薬（機器）概要書　　　　□ その他： | | |
| 研究結果の取扱い | □有（発表方法　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □無 | | |

申立事項：

本研究の実施により得られた結果を、研究の目的以外に使用する場合には、事前に貴センターの承認を得たうえで行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究依頼者の  連絡先 | 所属：  担当者名：  TEL: E-mail: |

様式１（研究依頼者→実施医療機関の長）

記載に関する注意事項

西暦　 　年　　月　　日

**研究委託申込書**

独立行政法人国立病院機構

鹿児島医療センター　院長　殿

研究依頼者

住　所：

名　称：

代表者：

独立行政法人国立病院機構 鹿児島医療センター受託研究取扱規程第２条の規定に基づき、下記のとおり研究を委託いたしたく申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究課題名 |  | | |
| 研究の目的 | 区分 | * 医薬品　　　□ 医療機器　　□再生医療等製品　□ その他： | |
| 用途 | □ 1.再審査申請（使用成績調査）　□ 2.再審査申請（特定使用成績調査）  □ 3.再評価申請（特定使用成績調査）□ 4.副作用・感染症症例調査  □ 5.その他： | |
| 薬品名・機器名 | 一般名 |  |  |
| 商品名 |  | 剤型 |
| 研究の内容 | 予定症例数と1例あたりに  必要な報告書数を記載してください。 | | |
| 研究責任医師 | 診療科名：　　　　　　　　　　氏名： | | |
| 研究実施期間 | 契約締結日　～　西暦　　 年　 月　 日 | | |
| 実施予定症例数 | 例（　　　報告書/例） | | |
| 添付資料 | □ 実施要綱（実施計画書）　　　□ 調査票見本　　　　□ 同意・説明文書  □ 研究薬（機器）概要書　　　　□ その他： | | |
| 研究結果の取扱い | □有（発表方法　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  該当する添付資料にチェックをつけてください。  □無 | | |

申立事項：

本研究の実施により得られた結果を、研究の目的以外に使用する場合には、事前に貴センターの承認を得たうえで行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究依頼者の  連絡先 | 所属：  担当者名：  TEL: E-mail: |