西暦　　　年　　月　　日

研究の公開に係る依頼書

実施医療機関の長

愛知県がんセンター病院長 殿

研究依頼者

（名称）

（代表者）　　　 　　 印

研究実施責任医師

（氏名）

下記の研究の公開を希望します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被験薬等の化学名 又は識別記号 | | |  | 研究実施計画書番号 |  |
| 研 究 課 題 名  (公開する研究課題名) | | | （　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 研 究 の 期 間 | | | 西暦　　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　　年　　月　　日 | | |
| 新規・変更の別 | | | □新規依頼　 □変更依頼 | | |
| 公　開　方　法 | | | □愛知県がんセンターホームページ  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 公開内容（研究(治験)の概要） | 対象となる疾患 | |  | | |
| 使用される薬・  医療機器の名称 | | □薬（□内服・□注射）（　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　）  □医療機器（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 実 施 方 法  （研究デザイン） | | □Ⅰ相　□Ⅱ相　□Ⅰ/Ⅱ相(　相部分)　□Ⅲ相　□Ⅱ/Ⅲ相(　相部分) | | |
| 患者選択基準 | |  | | |
| 治験責任医師等 | |  | | |
| 被験者募集 | 募集の有無 | □希望する　 □希望しない | | |
| 症 例 数 | 症例 | | |
| 募集期間 | 西暦　　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　　年　　月　　日 | | |
| 被験者募集の理由 | | |  | | |
| 担当者連絡先 | | | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： | | |

公開しない項目についてはその欄を斜線で線引きする。