西暦　　年　　月　　日

学校法人順天堂

順天堂大学医学部長　殿

研究倫理審査依頼書(学内用)

|  |  |
| --- | --- |
| 所属学部 |  |
| 所属部署 |  |
| 研究代表者 | 職名：氏名： |

下記臨床研究について、倫理審査を医学部　医学系研究等倫理委員会へ依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名　 | 　　　 |
| 実施予定期間 | 研究機関長の許可後　～　西暦　　　　　年　　　月　　　日（予定） |
| 審査依頼する理由 | □　所属学部の倫理委員会ではなく、貴委員会にて審査を依頼したい。　　理由：例）〇学部倫理委員会は多機関共同研究の審査ができる体制がないため(多機関共同研究における研究機関数：学内　　　　学外　　　　総数　　　　　） |
| 研究区分 | □多機関共同研究 | □　介入□　非介入 | □　侵襲あり□　侵襲軽微または侵襲なし |
| 右の条件を満たしていることを確認してください（✓をして下さい） | □　本研究は、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針が適用となる研究である。□　委員会承認を得た後、所属施設の研究機関の長の許可を得た上で研究を開始する。□　本研究において、委員会事務局との連絡窓口は、研究代表者あるいは研究事務局に一元化し、原則として研究代表者が提出すること。→□審査結果の通知は、研究代表者が分担研究機関へ連絡する。□　本研究に係る医学部以外の研究機関の施設要件確認書を提出する。→□　研究の適正実施のための必要な教育・研修を受けている。→□　所属学部に学部外の倫理委員会で審査可能である旨の規定・文書がある、又は学部長の了承が得られている。（文書名：　　　　　　　　　　　　　　　）→□　利益相反が所属学部内にて適切に管理されている。　　→□　分担機関に医学部の研究機関がある場合には、医学部所属の分担研究者全員の利益相反自己申告書を提出する。 |
| 研究責任(代表)者連絡先 | 所属機関：　　　　　　　　　　　　所属部署：役職・氏名：連絡先：　　　　　　　　(□ダイアルイン□代表(内線　　　)□携帯e-mail： |
| 事務担当者連絡先（□研究責任者と同じ） | 所属機関：　　　　　　　　　　　　所属部署：役職・氏名：連絡先：　　　　　　　　(□ダイアルイン□代表(内線　　　)□携帯e-mail： |

|  |  |
| --- | --- |
| 所属学部 |  |
| 所属部署 |  |
| 研究代表者 | 職名：氏名：　　　　　　　　　　　　　殿 |

西暦　　年　　月　　日

倫理審査　受諾書(学内用)

研究審査依頼書にて依頼がありました下記研究課題の倫理審査につきまして、本学医学部　医学系研究等倫理委員会にて受諾します。

つきましては、申請に必要な書式を作成して、申請手順に従って手続きを行ってください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名　 |  |
| 実施予定期間 | 研究機関の長の許可後　～　西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 研究区分 | □　多機関共同研究 |
| □　介入□　非介入 |
| □　侵襲あり□　侵襲軽微または侵襲なし |

以上

　　　　　　　　　学校法人順天堂

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　順天堂大学医学部長　　　服部　信孝

　　　　　　　　　　　印(公印省略)（公印省略）