|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 区分 | □特定臨床研究　□非特定臨床研究 |
| □医薬品 □医療機器 □再生医療等製品 |

西暦　　　　年　　月　　日

研究実施許可申請書

実施医療機関の長

東北大学病院長　　殿

研究責任医師

（所属）

（職・氏名）

認定臨床研究審査委員会にて承認となった研究について、実施許可を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究  実施計画番号\* |  |
| 臨床研究課題名 |  |
| 研究代表医師名 | * 東北大学病院の研究責任医師（本書式申請者）と同一 * 他施設の研究責任医師   医療機関名：  所属；　　　　　　　　　　　　氏名： |
| 認定臨床研究  審査委員会名 | （認定番号：CRB　　　） |
| 許可事項 | * 審査結果通知書（　　　年　　月　　日付）承認資料欄のとおり   ＜以下に該当する場合＞  □既に実施中の研究に当院が追加（＝当院を施設追加）  □研究は継続するが当院における研究は終了（＝当院を施設削除） |
| * その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

\* 臨床研究実施計画番号はjRCT番号とし新規依頼時は記載しなくてよい。