|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

様式1

|  |
| --- |
| 西暦　　　　年　　月　　日 |

臨床研究実施許可申請書

徳島大学病院長　殿

|  |
| --- |
| 研究責任医師 |
| 所属・職名： |
| 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，下記の通り申請いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施計画番号※1  (jRCT番号) |  | |
| 臨床研究課題 |  | |
| 研究代表医師※2 |  | |
| 申請区分 | 新規申請　　変更申請 | |
| 認定臨床研究  審査委員会 | 委員会名称 |  |
| 承認日 | 年　　月　　日 |
| 変更内容 |  | |
| 備考 |  | |

　　※１：　新規申請時には記載不要

※２：　研究代表医師：研究代表者の所属機関名と氏名を記載

|  |
| --- |
| 西暦　　　　年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| 研究責任医師 |
| 殿 |

上記申請内容について実施を許可いたします。

|  |
| --- |
| 徳島大学病院長 |