

様式3 (研究依頼者→実施医療機関の長)

整理番号	
区分	1. 調査 (使用成績・特定) 2. その他

西暦 年 月 日

研究委託申込書

独立行政法人国立病院機構 箱根病院 院長 殿

研究依頼者

住所:

名称:

代表者: 印

独立行政法人国立病院機構 箱根病院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

被 験 薬			(一般名)	
研究課題名	<input type="checkbox"/> 新規依頼 <input type="checkbox"/> 継続依頼			
研究の目的(用途)	1. 再審査申請 2. 再評価申請 3. その他 ()			
研究計画の概要	対象疾患	(全体の例数: 例)		
	実施希望例数	総計 例		
	実施希望期間	契約締結日 ~ 平成(西暦) 年 月 日(組入れ期限: 年 月 日)		
希望する研究責任医師	氏名(所属・職名)	:		
	希望する理由	:		
研究依頼者の連絡先 (*: 差支えない場合)	担当者氏名(所属・職名)			
	TEL:	FAX:		
	*E-mail:			
添付資料 ()内には当該資料の作成年月日を示す。	<input type="checkbox"/> 実施計画書	(年 月 日、 版)		
	<input type="checkbox"/> 症例報告書の見本	(年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 被験薬添付文書	(年 月 日、 版)		
	<input type="checkbox"/> 研究責任医師の履歴書			
	<input type="checkbox"/> 研究分担医師リスト	(年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> その他 ()	(年 月 日)		
研究責任医師	上記内容の確認日: 西暦 年 月 日			
	記名捺印又は署名:			