**事前面談依頼書**

臨床研究センター

担当者　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼者

|  |
| --- |
| 所属： |
| 氏名： |
| 電話： |
| メール： |

下記のとおり特定臨床研究の実施を計画しています。

事前面談をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究課題名（仮） |  | | | | |
| 研究責任者 | 所属： | | | | |
| 氏名： | | | | |
| 研究の概要  ※別紙対応可 |  | | | | |
| 研究対象  （複数選択可） |  | 医薬品 | | （　承認 | 未承認　） |
|  | 医療機器 | | （　承認 | 未承認　） |
|  | 再生医療 | | | |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 研究資金提供 |  | | なし | | |
|  | | あり  （提供元：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 審査希望日 | 年　　　　月開催の長崎大学臨床研究審査委員会での審査希望 | | | | |
| 研究終了日（予定） | 年　　　　月　　　日 | | | | |
| 共同研究施設 | 単施設　　　　　多施設（予定参加施設数：　　　　施設） | | | | |
| 面談参加希望者 | 名 | | | | |
| 問い合わせ事項  ※事前に確認したい事項等があれば記載して下さい |  | | | | |

※申し込み時点の内容を記載して下さい。面談後に変更があっても問題ありません。