## 利用申請シート(Excelファイル)の入力の仕方

➤ アカウント申請のExcelファイルを治験事務局の職制メールまでお送りください。

※メール本文に以下をご記載ください

- ・当院の整理番号
- ・担当者の追加なのか、変更なのか(変更の場合は変更日)
- •被験医薬品等名 対象疾患 診療科
- > シート②「組織」~シート⑤「実施体制」までご入力をお願いします
- >シート⑤の赤字項目は入力必須 初回作成時、白字項目は可能な範囲で入力してください

>シートごとに入力が終わりましたら「入力チェック」「情報を反 映する」をクリックしてください

シート②「組織」

A	В	С	D	E	F	G	Н
1 2	組織登録用シート	3	入力チェック	組織情報を反映する	4		
3 4	※自動採番されます NO 組織種別		※統一書式に出力されます 組織正式名	組織略名(10文字)	※医療機関の場合のみ必須 長の職名	表示/非表示	①実施医療機関(千葉大病院)、依頼者、CROの
5 6	1 医療機関 2 製薬会社	1	千葉大学医学部附属病附 依頼株式会社	千葉大学病院 依頼	病院長	表示表示	組織を入力します。
7 8 9	3 製薬会社		CRO株式会社	CRO		表示	②「表示」を選択
10 11							· ③入力チェック
12 13							※エラーがでた場合は「入力チェック結果」の
14 15							<u>シートをご確認ください</u>
16 17 18							④組織情報を反映する
10							

## ※エラー表示

				-			
組織登録	ヨシート	入力チェック	組織情報を反映する				
※自動採番さ	nat	※統一書式に出力されます		 ※医療機関の場合のみ必須	[		
NO			組織略名(10文字)	長の職名	表示/非表示		
1	医療機関	千葉大学医学部附属病院	千葉大学病院	病院長	表示		
2	製薬会社	依頼株式会社			表示		
3	製薬会社	CRO株式会社	CRO		表示		
						入 カチェック結	実のシートを確認
			10月1日 ビクトアラブマクロ		^		
			_				
			(1) 入力値エラーがあり	ります。入力チェック結果シートを	確認ください		
						λ	
				F			
					<u>OK</u>		
	•						
		_	-				
		シートネ	3	NO/行	チェック結果		
		2組緯	シート	NO.2	組織略名が入力	りされていません	
						· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
		I					



実施計	画書番号登録用シート	入力チェック	実施計画書番号情報を反映する					
※自動採番されます		※統一書式に出力されます		*	「会議の記録」の課題名を変更する場合のみ記載			
NO	→ 実施計画書番号	- 課題名	左記、課題名を	『会議の記録」へ使用 🗔表	示する課題名 📃 🔽	被験薬の化学名(132文字) 🚽	依頼者	試験区分 🚽
	1 ABC	<ul> <li>OO疾患に対するXXの</li> </ul>	有効性を評価する第3相試験			abc		➡業治験
	( <b>1</b> )					2 依頼者	ă	
						CRO		
							•	
							•	

①試験情報を入力してください

②プルダウンから依頼者を選択してください※「②組織」シートで「情報を反映する」ボタンを押していないと表示されません

③表示を選択

## シート④「実施医療機関」

実施医療機関登録用シート ※自動採番されます	入力チェック	実施医療機関情報を反映する	$\frown$		3		_
NO 美施計画書番号 1 ABC	<ul> <li>▼ 更施医療機関名</li> <li></li></ul>	○ 然原料 (10文字) 内科 2	▲管理番号 🔽 管理番号	号を統一書式へ出力 🔽 表	示順 ▼ 表示設定 100 表示	▼ 1 R B指定 ▼ 指定する	
①プルダウン ※「②組織」「 ないと表示さ	ンから実施計画 ③実施計画書 れません	i書番号、実施医療 「番号」シートで「情	療機関名を選択 青報を反映する	さしてください 」ボタンを押	してい	「管意い	管理番号 入力項   ます
②診療科をス	入力してくださし	١					
③表示順、表	長示設定、IRB指	旨定の項目は例の	通りに入力して	こください			

医薬品 💽	医療機器 📃 👻	再生医療等製品 🔽	データ固定 🔽	表示設定 🕞
0				表示
			उ	
		······		

シート⑤「実施体制」

実施体制登録用シート		入力チェック	利用者一覧を出力する				
※自動採番されます			※氏名の間の空白	。 は全角スペース、もしくは半角スペースで全て統一してくださ	L1.		
NO	実施計画書番号 🚽 🗸	実施医療機関名(診療科	→ 利用者名	→ 所属組織名	- 役割 🚽 🚽	メールアドレス	 年
1	ABC (1)	千葉大学病院(内科)	⑦ <del>T二ター太郎</del>	CRO	依頼者側担当者	×××@	
				3			

①プルダウンから実施計画書番号、実施医療機関名(診療科)を選択してくだ さい

※「②組織」「③実施計画書番号」「④実施医療機関」シートで「情報を反映す る」ボタンを押していないと表示されません

②利用者を入力してください

③プルダウンから所属組織名を選択してください ※「②組織」シートで「情報を反映する」ボタンを押していないと表示されません

★新規申込の治験で、試験情報をご提供いただく場合★

実施体制はできるだけ詳細にご記載ください。

<u>責任医師、分担医師、担当CRC(薬剤師CRC含む)、依頼者担当者</u>

※分担医師のメールアドレスは空欄でも構いません