（西暦） 　　 年 月 日

**データセンター利用事前申込書**

千葉大学医学部附属病院

データセンター長　殿

**研究責任医師**

所属・職名 :

　氏　名 :　　　　　　　　　　 　印

※署名の場合は押印不要

　下記の内容について、データセンターの利用を申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 試験課題名 | |  | |
| 臨床試験計画の概要 | 審査機関 | CRB　　　 IRB　　　( 　　　　　 ) 月審査予定 | |
| 実施予定例数 | ( 　　　　　) 例 | |
| 試験予定期間 | （西暦）　　　年　　月　　日　～年月日 | |
| 1症例の試験期間 |  | |
| 担当者 | | 所属・職名 ：  氏　名 ： | |
| TEL ： | FAX： |
| E-mail ： | |
| 提出書類 | | 試験実施計画書（プロトコル） …（西暦）　　　 年　　 月　　 日 (　　版)  症例報告書（CRF）の見本 …（西暦）　　　 年　　 月　　 日 (　　版)  その他  （　　　　　　　） | |

記載不要です。

　　　（西暦）〇〇〇〇年　〇〇月　〇〇日

**データセンター利用事前申込書**

千葉大学医学部附属病院　データセンター長　殿

**研究責任医師**

所属・職名: 　　〇〇科　〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名：　　〇〇　〇〇　　 　印

※署名の場合は押印不要

　下記の内容について、データセンターの利用を申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 試験課題名 | | プロトコルと同じものを記入してください。 | |
| 臨床試験計画の概要 | 審査機関 | CRB　　　IRB　　　( 　　〇　　 ) 月審査予定 | |
| 実施予定例数 | ( 　〇〇　　) 例 | |
| 試験予定期間 | （西暦）〇〇〇〇 年　〇〇 月　〇〇 日　～ 〇〇〇〇年　〇〇 月　〇〇 日 | |
| 1症例の試験期間 | 8週、1年6ヶ月、等 | |
| 担当者 | | 所属・職名：〇〇科　〇〇  ※被験者1人あたりの症例登録から最終来院(観察)までの期間  氏名：〇〇　〇〇 | |
| TEL：内線、PHS等も可 | FAX：○○○-○○○-○○○○ |
| E-mail：○○○@○○○.jp | |
| 提出書類 | | 試験実施計画書（プロトコル）･･･（西暦）〇〇〇〇年　〇〇月　〇〇日( 〇.〇 版)  症例報告書（CRF）の見本･･･････（西暦）〇〇〇〇年　〇〇月　〇〇日( 〇.〇 版)  その他 | |