（元号）　　年　　月　　日

(様式第１号)

千葉大学医学部附属病院臨床試験部臨床研究データセンター利用申込書

臨床試験部長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　　　　　　属：

研究担当責任者氏名：　　　　　　　　　　　㊞

研究担当者連絡先（PHS等）

　千葉大学医学部附属病院臨床試験部臨床研究データセンターの利用を希望します。

記

1. 臨床試験名：
2. 利用料（新規）：　　700,000　　　　　　　　　　円

データセンター利用料　料金表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 内容 | 単価（円） | 備考 |
| 【初期費用】 | | | 初期費用については、７０万円を上限とし、超過分については「値引(研究支援)」とする。 |
| 登録業務 | 登録システム構築、関連文書作成 | 182,000 |
| データマネジメント業務 | DMシステム構築、関連文書作成 | 1,503,000 |
| 【運営費】（２年目以降） | | | ２年目以降は「運営費」とし、単価に時間、症例数、Visit数、研究期間を乗じた額を徴収 |
| データマネジメント業務 | 入力・クリーニング | 3,500 |
| 〃 | DB固定・関連文書作成 | 3,500 |
| 〃 | ヘルプデスク | 3,500 |

なお、データセンター利用に係る支払経費は下記のとおりですので、よろしくお取り計らい願います。

1. 予算等（いずれかにチェックのうえ、寄附金名称又は研究種目・課題名をお願いします。）

□　寄附金：

□　科学研究費補助金：

プロジェクト番号：

※　当面の間、費用の財源は寄附金若しくは科学研究補助金に限定させて頂きますが、これに

より難い場合等については、別途担当（研究推進課）までご相談ください。

* 当該利用料の全部又は一部の免除を希望する場合には、臨床試験部データセンター利用料免除申請書(様式第2号)を別途、提出願います。(「3.予算等」の記載は不要です。)