

財団法人パブリックヘルスリサーチセンター
REAL-CAD試験事務局 御中



日本臨床研究支援ユニット
REAL-CADデータセンター 御中

sample

REAL-CAD試験参加申請書届出内容の変更届

研究責任医師のお名前を記載ください。
押印は必要ございません。

平成 23 年 1 月 1 日

申請者 医療機関名 REAL-CAD病院 責任医師名 やまだ タロウ 山田 太郎

研究課題名「冠動脈疾患患者に対するピタバスタチンによる積極的脂質低下療法または通常脂質低下療法のランダム化比較試験（REAL-CAD）」の参加申請内容に変更がありましたので変更届を提出します。

変更箇所をチェックを付け、下記の変更内容についてご記入ください。

該当箇所にチェックを記載ください

◆変更箇所

変更箇所 ※チェックを付けてください。	<input type="checkbox"/> 1. 申請者（研究責任医師）の氏名	変更届をデータセンター宛にFAXしてください。 特に、責任医師または窓口担当者が変更になる場合は、変更前の可能な限り早い時期にご連絡をください。 PHRF倫理審査にかけた施設の責任医師の変更がある場合は、事前に事務局までご連絡ください。 変更届をREAL-CAD試験事務局にFAXしてください。 その他（上記以外は、REAL-CAD試験事務局にご連絡をお願いいたします。）
	<input type="checkbox"/> 1. 申請者（研究責任医師）の所属	
	<input type="checkbox"/> 2. 研究担当医師・協力者	
	<input type="checkbox"/> 2. 連絡窓口、アカウント発行希望	
	<input type="checkbox"/> 2. 連絡先 E-mail	
	<input type="checkbox"/> 3. 目標症例数	
	<input type="checkbox"/> 4. 保険加入について	
	<input type="checkbox"/> 5. 会計方法と窓口	
<input type="checkbox"/> その他（上記以外は、REAL-CAD試験事務局にご連絡をお願いいたします。）		

◆変更内容

該当箇所にチェックを記載ください

1. 申請者の所属（研究責任医師）

<input type="checkbox"/>	研究責任医師名	田中 決郎
<input type="checkbox"/>	所属施設と部局	循環器科
<input type="checkbox"/>	所属施設所在地	〒000-△△△△ □□□□□□□□□□□□
<input type="checkbox"/>	連絡先	TEL: 〇〇-〇〇-〇〇 FAX: △△-△△-△△ E-mail: 〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇〇〇
<input type="checkbox"/>	所属施設における職名	部長

注：移転等があった場合に記載ください

注：研究責任医師は、症例集積状況が把握でき、有害事象報告の窓口となる医師として下さい。

2. 研究担当医師・試験協力者の氏名

倫理審査委員会への報告をお忘れなく！

研究にたずさわる可能性のある担当医師と試験協力者をご記入ください。

連絡窓口（試験実施中の連絡・症例報告書についての問合せ・資料の郵送先など）となる担当者の欄に○印をご記入ください。

転勤等が発生した場合は、氏名を記載し、「E-mail」の欄にID取り消しの旨を記載ください。（例：他施設への異動のため。など）

【研究担当医師】

※連絡窓口の方はe-mailを必ずご記入下さい。

所属	氏名	E-mail	連絡 窓口	ID、PWの 発行希望
名称: 循環器科 TEL: ○○-○○-○○ FAX: △△-△△-△△ ※複数の所属がある場合は 氏名の後ろにご記入ください。	高橋 三郎			
	渡辺 四郎	○○○○○○○○@○○○○○○○○		○
	伊藤 五郎	他施設異動のため削除		

注：アカウントを止める必要があるため、必ずご連絡ください。

【試験協力者（看護師、薬剤師、CRC等）】

所属	氏名	E-mail	連絡 窓口	ID、PWの 発行希望
名称: 試験管理室 TEL: ●●-●●-●● FAX: ▲▲-▲▲-▲▲ ※複数の所属がある場合は 氏名の後ろにご記入ください。	山本 花子	●●●●●●●●@○○○○○○○○	○	○
	中村 幸子	退職のため削除		

3. 目標症例数について

<input checked="" type="checkbox"/>	75 例に変更
-------------------------------------	----------------

4. 医師賠償責任保険加入の確認について（いずれかにチェック下さい）

研究責任医師の先生が加入されている医師賠償責任保険についてお答え下さい。

<input checked="" type="checkbox"/> 医師賠償責任保険加入 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 医賠償に加入（日本医師会会員である） <input type="checkbox"/> 他の保険に加入（ ）
--	---

5. 会計方法の選択と窓口（担当者）について

<input type="checkbox"/> 奨学寄付金 <input checked="" type="checkbox"/> 施設運営の会計口座 いずれかにチェック下さい	<input checked="" type="checkbox"/> 所属の部局	経理部
	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名	小林 六郎
	<input checked="" type="checkbox"/> TEL	□□-○○-△△
	<input type="checkbox"/> E-mail	

ご記入後、REAL-CADデータセンターまたは事務局までFAXをしてください。

REAL-CAD試験事務局
 (財団法人パブリックヘルスリサーチセンター)
 FAX: 03-5287-2634
 TEL: 03-5287-2633

CSP-LDデータセンター
 (日本臨床研究支援ユニット)
 FAX: 03-5298-8535
 TEL: 03-5298-8551