

平成__年__月__日

フリガナ

申請者（研究責任医師） 氏 名 _____ 印

生活習慣病臨床研究支援事業の臨床研究に参加したいので次のとおり申請します。

臨床研究実施の際は、プロトコール等に従って実施いたします。

1. 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

2. 申請者の所属（研究責任医師）

所属施設と部局			
所属施設所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	
	E-mail:		
所属施設における職名 勤務体制（いずれかに○）	職名:	勤務体制:	常勤 ・ 非常勤

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れる医師として下さい。責任医師が非常勤の場合は、不在の際のバックアップ体制についてご確認の上、ご参加ください。大学の場合は、附属病院等医療機関名で申請下さい。

事務局・データセンターの準備の参考に、以下の調査にご協力下さい。

3. 研究担当医師・試験協力者の氏名

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。

（変更があった場合は、「変更届」にて別途ご連絡ください。枠に収まらない場合は、別紙（フリー）にご記入ください。）

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。

登録やデータ入力にはID、パスワードが必要となります。希望者全員に発行しますので、希望される方に○印をご記入ください。

【研究担当医師】

※ID, PW希望者は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: 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。				

【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: 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。				

4. 医師賠償責任保険加入の確認について（責任医師は、参加医師の保険加入状況を確認後チェック下さい）

医師賠償責任保険加入状況	<input type="checkbox"/> 研究に参加する医師が医賠償に加入していることを確認した
--------------	--

5. 倫理審査委員会実施について（いずれかにチェック下さい）

<input type="checkbox"/> 自施設による倫理審査委員会の実施 担当者連絡先： 氏名： TEL：	<input type="checkbox"/> (財)パブリックヘルスリサーチセンター倫理審査委員会を希望 担当者連絡先： 氏名： TEL： ※ 以下の書類を、財団法人パブリックヘルスリサーチセンター CSP-LD事務局までお送り下さい。 ① 研究参加申請書（本紙） ② 試験実施審査依頼書（様式1-1） ③ 医療機関概要（補助様式1） ④ 試験分担医師・試験協力者リスト（補助様式3）：該当する 場合のみ） ⑤ 試験責任医師履歴書（補助様式4、自由様式可）
---	---

注：倫理審査に必要な書類は、別途送付させていただきます。

6. webサイトへの掲載について

REAL-CADでは、webサイトへ参加施設一覧（施設名および科名のみ）を掲載いたします。

貴施設名を掲載することに問題がある場合はチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 参加施設一覧に施設名を載せない	理由：
--	-----

7. 施設の情報について

本研究を実施するにあたり、予想できる範囲で見込み登録数をご記入ください。

例

8. 研究費受け入れ方法の選択と窓口（担当者）について

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

研究責任医師は所属する施設の規定に則った上、以下の2種類から研究費の受け入れ方法をお選びください。それぞれの医療機関の状況にあった受け入れ方法を選択してください。詳しくは研究費利用の手引きをご覧ください。

1) 奨学寄付金による受入

国立および私立大学の医学部附属病院等の施設に所属し、研究者が希望する場合、奨学寄付金として研究費を施設に納入することができます。

2) 施設運営の会計口座による受入

施設（病院、医院等）として研究費の受入が可能な場合は、施設運営にご利用の口座へ研究費を納入することができます。研究費は施設へ助成金としてお振込いたします。（研究費のご利用については、施設の規定に従って処理してください。）

お知らせ・確認事項：申請書に記載いただきました個人情報は、研究支援に係る目的（研究者との連絡や会計手続きに係る連絡、およびメールニュース等の情報発信）への利用に限ります。

本申請書は押印後、同封の返信用封筒に入れて下記まで郵送下さい。

<送付先>

〒169-0051 東京都新宿区西早稲田1-1-7

財団法人パブリックヘルスリサーチセンター 生活習慣病臨床研究支援事業事務局

TEL 03-5287-2633