

補助様式 1 つづき

<p>職員数</p>	<p>医師：常勤 名、非常勤： 名</p> <p>放射線技師： 名、看護師： 名</p> <p>臨床検査技師： 名、薬剤師： 名</p> <p>CRC： 名、事務職員： 名</p>
<p>研究実施に必要な検査設備の有無</p>	<p>臨床検査(血液・尿・その他)：有・無</p> <p>心電図検査：有・無</p> <p>X線検査：有・無</p> <p>試験に特有な検査(): 有・無</p> <p>その他()</p>
<p>診療体制</p>	<p>診療時間： ~</p> <p>休診日：</p> <p>当直体制：</p> <p>休診日・夜間連絡先：</p> <p>TEL： FAX：</p>
<p>臨床研究実施体制</p>	<p>現在実施中の臨床研究件数：</p> <p>臨床研究事務局：有・無</p> <p>有の場合の連絡先：</p> <p>TEL： FAX：</p> <p>E-mail：</p>
<p>臨床研究に関する手順書の有無</p>	<p>内容：</p> <p>臨床研究に関わる業務の手順書</p> <p>重篤な有害事象及び不具合等の手順書</p>
<p>臨床研究倫理指針準拠研究を実施する施設の審査の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・試験関連文書(標準業務手順書等)の具備状況を示す文書 ・被験者の健康被害に対する補償に関する資料 ・臨床研究の実施に必要な知識についての講習その他必要な教育の受講歴 ・共同臨床研究機関における計画の承認状況、ICの取得状況等の情報 	
<p>備考・その他</p>	