**臨床研究支援に関する依頼書**

（送付先：[rinsho\_shien@hos.akita-u.ac.jp](mailto:rinsho_shien@hos.akita-u.ac.jp)　）

臨床研究支援オフィス長　殿

提出年月日　西暦2025年8月12日

所属：講座名等を記入してください

責任医師名：記入してください

E-mail: 記入してください

下記のとおり臨床研究支援（臨床研究コーディネーター、モニタリング、事前相談・研究相談）に関する依頼をします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 新規　　　　　　　　　　　　　　変更 |
| 研究課題名 | 記入してください |
| 法律等規制区分 | 医師主導治験（GCP）  　特定臨床研究（臨床研究法）　　　その他 |
| 研究区分※1  （複数選択可） | 医師主導臨床研究　　　　　　　　企業主導臨床研究  　先進医療Ａ　　　　　　　　　　　先進医療Ｂ |
| 希望支援内容※1  （複数選択可） | 被験者スクリーニング　　　　　　必須文書管理  　同意説明補助　　　　　　　　　　モニタリング・監査への対応  　スケジュール管理・被験者対応　　有害事象対応  　治験薬管理補助　　　　　　　　　ＥＤＣ 入力  　その他（必要に応じて記入してください） |
| 研究原資金※2  （複数選択可） | スポンサード　　　　　　　　　　ＡＭＥＤ  　科研費・厚労科研等補助金　　　　寄附金  　その他（必要に応じて記入してください） |
| CRC資金の確保の有無※2 | 有　　無　　調整中  その他（必要に応じて記入してください） |
| 治験の概要※3 | 治験目的、デザイン、選択・除外基準、評価項目、スケジュール等  （研究計画書等がある場合は別紙参照として、メール送付してください）  記入してください |
| 症例登録予定期間 | 西暦　2025年1月 1日　～　西暦　2025年 1月 1日 |
| 研究調整事務局  担当者  （依頼者等） | 窓口担当者名：　記入してください  E-mail等連絡先：　記入してください |
| その他付記事項 | 必要に応じて記入してください |

※１　該当する場合のみご記載ください。

※２　研究資金とCRC等の研究協力経費の有無を必ずご確認ください。

※３　研究実施計画書が提出できるようであればできるだけご用意をお願いいたします。

尚、最終的な支援可否・支援内容は、CRC支援経費算定表に基づいて研究責任医師、研究事務局（ARO･CRO等）及び当部門の協議と決定させていただきます。本書は研究審査委員会等への申請前にご提出ください。