研究者主導研究一次申請書

申請日：　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **【申請者情報】** | |
| 氏名 |  |
| 施設名 |  |
| 所属 |  |
| 役職 |  |
| E-mail |  |
| 住所 | 〒　　　- |
| 電話番号 | （　　　）　　　- |
| **【研究概要】** | |
| 臨床研究／ 非臨床研究 | □ 臨床研究  □ 単施設　　　□ 多施設  □ 介入研究　　□ 観察研究（□ 前向き　　□ 後ろ向き）  目標症例数：　　　　　　例  □ 非臨床研究 |
| 研究テーマ |  |
| 目的・背景 |  |
| 研究方法 |  |
| 研究に使用する 医薬品・医療機器 |  |
| 研究開始予定日 | 年　　月　　日 |
| 研究終了予定日 | 年　　月　　日 |
| ご希望の支援内容  　・研究費（概算） | □ 必要（　　　　　　　　　円）　　　　　□ 不要 |
| ・医薬品・医療機器 （無償提供、貸出） | □ 必要（製品名：　　　　　　　　　　　　　　　、　　　　本）  □ 不要 |
| **【同意事項】**  以下の事項をご確認いただき、ご同意いただける場合には、「下記に同意します。」にチェックを入れてください。 | |
| **□　下記に同意します。** | |
| * 研究支援は、弊社製品の推奨および処方促進を目的としたものではない旨を理解しました。 * 審査結果はメールでの回答とさせていただきます。審査委員会の審査基準等については公開していません。また、審査結果についての異議申し立てをお受けすることはできません。支援できない場合の理由もお伝えできません。 * 臨床研究に対する支援にあたっては、日本製薬工業協会の自主基準「医療用医薬品等を用いた研究者主導臨床研究の支援に関する指針」に準じて支援いたします。なお、医薬品の無償提供、医療機器の貸出についてはお応えできないことがあります。 * 研究費は、研究の進捗に応じたマイルストーン払い等の方法にて支援いたします。 * 支援の内容を臨床研究法、日本製薬工業協会の「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」に基づき、当社ホームページ等で公開します。 * 研究終了後に、研究結果報告書を提出いただきます。 * 論文・学会等に発表の際には発表内容の事前確認を行わせていただきます。 * 申請にあたって提出いただきました研究情報や個人情報は、厳に、管理し、本支援に関連する業務のみに使用いたします。 | |