**医師主導治験支援　申請書**

下記の通り医師主導治験支援に申請します。

年　　　月　　　日

診療科部長　　　　　　　　　　　印

申請先：医師主導治験支援審査会

|  |  |
| --- | --- |
| **診療科等　所属名称** |  |
| **実施責任医師名** |  |
| **連絡先** | MPS： | E-mail： |
| **主機関** | 横浜市立大学附属病院 |
| **共同研究医療機関**＊当院で他の診療科と共同研究する場合には、診療科名を記入すること。 |  |
| **研究の名称** |  |
| **対象疾患名** |  |
| **研究の概要** |  |
| **当該研究の意義・有効性** |  |
| **当該研究の成果・還元の見込み** |  |
| **本研究施行後の予定**＊次に行う予定の研究等 |  |
| **安全性（重篤な有害事象の可能性等）** |  |
| **他の研究費使用の有無** | * 有　（研究費名：　　　　　　　　　　）　□　無
 |
| **倫理審査承認の有無** | * 承認済み（番号：　　　　　　　）　□　未承認
 |
| **添付書類** | * 医師主導治験の計画を記した資料
* 医師主導治験にかかる経費予算を記した資料
* 企業による医薬品医療機器販売の承認申請が予定されていることを示す資料
* 研究費の確保ができていないことを示す資料
 |
| **対面助言又は治験届提出予定日** | 令和　　年　　月　　日 |