# 西暦　　年　　月　　日

# 受託研究委託申込書

独立行政法人国立病院機構

四国こどもとおとなの医療センター　院長　殿

研究依頼者

住所：

名称：

代表者：（記名押印）

独立行政法人国立病院機構　四国こどもとおとなの医療センター受託研究取扱規程第２条の規定に基づき、下記のとおり研究を委託いたしたく申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 試験品商品名/一般名 |  |
| 研究課題名 |  |
| 研究実施計画書番号 |
| 区分 | □医薬品　□医療機器(用具)　□再生医療等製品　□その他： |
| 用途 | □再審査申請　/　□再評価申請□製造販売後臨床試験　□使用成績調査　□一般使用成績調査　□特定使用成績調査　□使用成績比較調査□副作用・感染症症例調査□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対象疾患 |  |
| 研究実施期間 | 西暦　　年　月　日　～　西暦　　年　月　日 |
| 研究契約期間 | 契約締結日　～　西暦　　年　月　日 |
| 実施予定症例数 | 　　　症例（１症例　　　報告） |
| 研究責任医師 | 診療科： |
| 職　名： |  | 氏名： |  |
| 研究分担医師 | 西暦　　　年　　　月　　　日付様式2 |
| 添付資料 | □研究実施計画書あるいは実施要項　□説明文書、同意文書　　□症例報告書　　□添付文書　□その他（　　　　　　 　　） |
| 研究依頼者の担当者の連絡先 | 住所： |
| 所属・職名： | 氏名： |
| TEL： | FAX: |
| Email： |
| 備考 |  |
| 上記の内容について確認しました。　　　　　　　　確認日：西暦　　　　年　　　月　　　日診　療　科：職　　　名：研究責任医師：　　　　　　　　　　　印 |