宛先：群馬大学医学部附属病院　臨床試験部

FAX：027−220−8741　※申請資料と一緒に申込書もご提出される場合はFAXの必要はありません。

# 医師主導臨床試験審査前ヒアリング実施申込書

| | |
|---|---|
| 試験デザイン<br>（右記のうち該当するものにチェックをすること） | ☐ 侵襲・介入を有する研究<br>☐ 前向き観察研究<br>☐ 後向き観察研究<br>☐ 不明 |
| 研究責任医師・研究分担医師・研究協力者の<br>**臨床試験に関する講習会等**への受講の有無 | ☐ 有<br>☐ 無<br>☐ 不明 |

審査前のヒアリングを下記の希望日で申し込みます。

| | | |
|---|---|---|
| 診療科・責任医師 | | |
| 研究代表者<br>（研究組織名） | | |
| 臨床研究課題名 | | |
| ヒアリングに参加予定の研究者名<br>（連絡先） | （TEL:　PHS:　e−mail:　）<br>連絡をとりやすい曜日・時間 / 取れない曜日・時間 | |
| | （TEL:　PHS:　e−mail:　） | |
| | （TEL:　PHS:　e−mail:　） | |
| ヒアリング希望日<br><br>注）直近のIRB審査を受けるには、書類提出締切日と同じ週の金曜日までにヒアリングが必要です。 | 第一希望<br>※必須 | （午前・午後　） |
| | 第二希望<br>※必須 | （午前・午後　） |
| | 第三希望<br>※必須 | （午前・午後　） |
| 備考欄 | | |