

## 医師主導臨床研究審査依頼書

臨床研究審査委員長 殿

群馬大学医学部附属病院長

印

下記の臨床研究について、下記の事項の審査をお願いします。

記

|                    |   |
|--------------------|---|
| 責任医師               |   |
| 分担医師               |   |
| 研究協力者              |   |
| 研究代表者氏名<br>(研究組織名) |   |
| 臨床研究課題名            |   |
| 臨床研究期間             | 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日   |
| 当院の予定症例数           | 症例  |
| 審査事項               | <input type="checkbox"/> 臨床研究実施の可否<br><input type="checkbox"/> 臨床研究継続の可否<br><input type="checkbox"/> 研究計画書の変更<br><input type="checkbox"/> 重篤な有害事象の発生<br><input type="checkbox"/> 新たな安全性に関する情報の入手<br><input type="checkbox"/> 逸脱に対する承認<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 備考                 |   |