

様式B 関係企業等報告書

研究課題：

日付	
所属機関	
立場	統括管理者
氏名 または 名称	

【特記事項】

設問	有無	「はい」の場合 製薬企業等の名を入力	「はい」の場合詳細を記載		管理計画			
Q1.本研究は、医薬品等製造販売業者が製造販売をし、又はしようとする医薬品等を用いるか？			本研究対象の医薬品等の名称					
Q2.本研究は、製薬企業等から提供された研究資金等を使用するか？			研究費の受入形態 <small>(その他の場合には具体的な受入形態を記載)</small>					
			受入方法：直接・間接 <small>(間接の場合には経由機関を入力)</small>					
			受入金額（円）					
			契約締結状況					
							研究費の受入形態 <small>(その他の場合には具体的な受入形態を記載)</small>	
							受入方法：直接・間接 <small>(間接の場合には経由機関を入力)</small>	
							受入金額（円）	
							契約締結状況	
							研究費の受入形態 <small>(その他の場合には具体的な受入形態を記載)</small>	
							受入方法：直接・間接 <small>(間接の場合には経由機関を入力)</small>	
							受入金額（円）	
							契約締結状況	
Q3.製薬企業等から物品（医薬品、医療機器、機材、試料等）、施設等について、無償又は相当程度に安価で提供又は貸与を受けるか？			物品、施設等の内容					
			物品、施設等の内容					
			物品、施設等の内容					
Q4.製薬企業等からの臨床研究に係る役務について、無償又は相当程度に安価で提供（対象薬剤製薬企業等から特定役務の提供を受ける場合は、有償での提供を含む）を受けるか？ <small>・特定役務は、データ管理、効果安全評価委員会への参画、モニタリング、統計、解析又は監査に関する役務をいう</small>			受領する役務の内容					
			対象薬剤製薬企業等の特定役務への関与の有無					
			受領する役務の内容					
			対象薬剤製薬企業等の特定役務への関与の有無					
			受領する役務の内容					
			対象薬剤製薬企業等の特定役務への関与の有無					
Q5.本研究に、製薬企業等に在籍している者及び過去2年間在籍していた者の従事があるか？有りの場合、対象薬剤製薬企業等に在籍している者及び過去2年間在籍していた者の特定役務への従事があるか？			製薬企業等の在籍者の従事の内容					
			対象薬剤製薬企業等の在籍者の特定役務への従事の有無					
			製薬企業等の在籍者の従事の内容					
			対象薬剤製薬企業等の在籍者の特定役務への従事の有無					
			製薬企業等の在籍者の従事の内容					
			対象薬剤製薬企業等の在籍者の特定役務への従事の有無					