

受付番号

西暦 年 月 日

研究分担医師・研究分担者リスト

(他の研究機関が審査を依頼する場合)

※群馬大学医学部附属病院ではない研究機関が共同研究機関として群馬大学医学部附属病院臨床研究審査委員会に審査を依頼する場合に当該研究機関の研究責任医師が作成する様式です。

研究代表医師 殿

群馬大学医学部附属病院臨床研究審査委員長 殿

研究責任医師

研究機関名： _____

所属・職名・氏名： _____

研究分担医師及び研究分担者として下記の者の協力を得て実施したく申請します。

記

1. 研究課題名
2. 研究代表医師（研究組織名）

3. 研究責任医師の氏名、所属・職名

氏名	所属・職名	年1回程度の教育・研修 (受講済の者に☑)	利益相反管理状況 (確認済の者に☑)
		<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 確認済

4. 研究分担医師の氏名、所属・職名

氏名	所属・職名	年1回程度の教育・研修 (受講済の者に☑)	利益相反管理状況 (確認済の者に☑)
		<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 確認済
		<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 確認済
		<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 確認済
		<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 確認済
		<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 確認済

5. 研究分担者の氏名、所属・職名

氏名	所属・職名	年1回程度の教育・研修 (受講済の者に☑)	利益相反管理状況 (確認済の者に☑)
		<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 確認済
		<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 確認済
		<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 確認済