

(医)書式2

該当する区分にチェックして下さい。

整理番号	※仮申請時は記載不要
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 治験 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

IRB 申請前に、利益相反審査委員会の審査を受けてください。

西暦 20XX年 X月 X日

治験分担医師・治験協力者 リスト (新規 変更)

作成日を記載して下さい。

実施医療機関の長

国立大学法人大阪大学医学部附属病院 病院長 殿

責任医師の押印が必要です。

治験責任医師

〇〇〇科・阪大 太郎 印

下記の治験において、下に示す者を治験分担医師・治験協力者として治験実施計画書に提出いたします。

診療科(部)についても記載をお願いします。

記

被験薬の化学名 又は識別記号	ABC-123	治験実施計画書番号	ABC56789
治験課題名	悪性腫瘍に対するABC-123の有効性及び安全性を評価する多施設共同二重盲検 無作為化並行群間臨床試験		

治験分担医師の氏名、所属及び分担業務の内容(10名を上回る場合別紙に記載)

所属診療科(部)を記載して下さい。

氏名	所属	分担業務の内容
阪大 二郎	〇〇〇科	<input checked="" type="checkbox"/> 治験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
阪大 三郎	〇〇〇科	<input checked="" type="checkbox"/> 治験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
阪大 四郎	〇〇〇科	<input checked="" type="checkbox"/> 治験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
阪大 五郎	△△△△科	<input type="checkbox"/> 治験業務全般 <input checked="" type="checkbox"/> (〇〇検査の実施及び評価)
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 <input type="checkbox"/> ()

実施診療科以外の他科(部)の医師を分担医師へ加える場合は、責任医師の所属科(部)長から、分担医師の所属科(部)長へ治験分担医師としての参加を依頼し、了承を得たことを示す文書の写(任意書式)を提出して下さい。

明確に特定の業務のみを行う場合は、括弧内に当該業務を記載して下さい。

治験協力者の氏名、所属及び分担業務の内容(10名を上回る場合別紙に記載)

氏名	所属	分担業務の内容
阪大 花子	□□□□部	<input checked="" type="checkbox"/> 治験業務補助全般 <input type="checkbox"/> ()
阪大 咲子	□□□□部	<input checked="" type="checkbox"/> 治験業務補助全般 <input type="checkbox"/> ()
阪大 京子	〇〇科	<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 <input checked="" type="checkbox"/> (〇〇検査の実施)
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 <input type="checkbox"/> ()

所属診療科(部)を記載して下さい。

医師が協力者になる場合等、明確に特定の業務のみを行う場合は、括弧内に当該業務を記載して下さい。

西暦 年 月 日

上記の治験において、治験分担医師及び治験協力者のリストを了承いたします。

実施医療機関の長

国立大学法人大阪大学医学部附属病院 病院長

注) 本書式は治験責任医師が作成し、実施医療機関の長に提出する。実施医療機関の長は書式下部の了承日及び実施医療機関の長欄を記載し、治験責任医師に提出する。