

事務局 記載欄	受付日：	受付番号：
------------	------	-------

(倫理) 様式 1 号

西暦●年●月●日

審 議 申 請 書

兵庫県立がんセンター院長 様

【研究責任者（申請者）】  
 所属・職名 ○○科 部長  
 氏名 明石 花子 印

【申請者の診療等の長の承認】  
 所属・職名 ○○科 部長  
 氏名 兵庫 太郎 印

【依頼者】  
 名称 □□株式会社  
 代表者 社長 鳴門 三郎 印

1. 審査事項	<input type="checkbox"/> 委員会審査 ( <input type="checkbox"/> 臨床研究等実施の可否 <input type="checkbox"/> 臨床研究等継続の可否 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )	
	<input checked="" type="checkbox"/> 迅速審査 ( <input checked="" type="checkbox"/> 侵襲を伴わない研究であって介入を行わないもの <input type="checkbox"/> 軽微な侵襲を伴う研究であって介入を行わないもの <input type="checkbox"/> 学会発表、論文発表等の可否 )	
※項目No.3～14 で該当しない項目については記載不要です。		
2. 申請課題名	※※※の特定使用成績調査	
3. 研究形態	<input type="checkbox"/> 共同研究 <input type="checkbox"/> 単独研究 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 受託研究 ( <input type="checkbox"/> 使用成績調査等 <input checked="" type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 副作用詳細調査等 <input type="checkbox"/> その他企業依頼による調査・研究 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )	
4. 研究分担医師	(所属・氏名) ○○科 淡路 次郎	
5. 予定症例数	研究全体： 症例	当院： <input checked="" type="checkbox"/> 症例
6. 研究期間	承認日（あるいは西暦 年 月 日）～ 西暦●年●月●日	
7. 共同研究者 (代表)	(所属・氏名)	
8. 研究依頼者	(代表者) 所在地： 代表者名： 名称： 連絡先： (担当者) 所在地： 担当者名： 名称：	
9. 適用となる指針	<input type="checkbox"/> 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 <input type="checkbox"/> ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 適用となる指針なし	
10. 介入の有無	<input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> その他 ( )】 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
11. 当院ホームページ等 情報公開の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <small>※情報公開の必要性については『人を対象とする医学系研究に関する倫理指針』第5章 第12条を参照</small>	
12. 臨床試験 登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 登録予定 登録先： <input type="checkbox"/> UMIN-CTR <input type="checkbox"/> その他 ( ) 登録No.：【 】	<input checked="" type="checkbox"/> 無
13. COI 報告の有 無	<input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> がん研究助成金 <input type="checkbox"/> 厚生労働科学研究費 <input type="checkbox"/> その他 ( )】 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
14. 委託料	<input checked="" type="checkbox"/> 有【¥●●● (内消費税及び地方消費税¥●●●) (1 調査票あたり¥●●● (内消費税及び地方消費税¥●●●))] <input type="checkbox"/> 無	

コメント [-1]: 契約症例数を記載ください。

コメント [-2]: 当院は単年度契約のため終了日は契約締結時の年度末を記載ください。

コメント [-3]: 必ず記載ください。

(倫理) 様式 1 号

15. 研究結果の公開	<input type="checkbox"/> 公開する <input type="checkbox"/> 学会発表 (学会名 : ) <input type="checkbox"/> 論文発表 (投稿先 : ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 公開しない
16. 研究の概要	(背景・目的・方法・対象等、簡潔に記載すること。)	
17. 倫理的事項	(同意取得方法・個人情報の保護への取り組み・検体の取扱等記載すること。)	
18. 添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 研究実施計画書	<input type="checkbox"/> 同意説明文書 (作成日及び版数を記載すること)
	<input type="checkbox"/> 質問票	<input checked="" type="checkbox"/> 登録票
	<input checked="" type="checkbox"/> その他    ・ ( 医薬品を紹介した文書 ) ・ ( ) ・ ( )	
19. 備考		

## 倫理審査委員会 新規申請事前チェックリスト (臨床試験用)

コメント [04]: チェックリストはご提出不要です。

<b>① 匿名化</b>		
匿名化を行っていますか？ (カルテ番号、氏名、イニシャル、生年月日は使用不可。ただし、生年月は使用可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
匿名化は院内で行いますか？ (対応表を外部へ提供不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>② 事前準備について</b>		
審議申請書に記載漏れはありませんか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
公開データベース (UMIN 等) への登録の有無について確認していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
臨床研究を実施するにあたり関連部署への連絡は済んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>③ インフォームド・コンセントについて</b>		
<input type="checkbox"/> 同意説明文書を用いる (④へお進み下さい) <input type="checkbox"/> ホームページ等に研究情報を公開する (⑤へお進み下さい。)		
<b>④ 同意説明文書について</b>		
同意説明文書のヘッダーに「作成日」と「版数」を記載していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
同意書の宛名は『兵庫県立がんセンター 院長 様』にしていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
当院内の委員会名に誤りはありませんか？ (倫理審査委員会・COI委員会等)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
下記5点を同意説明文書に記載していますか？ <ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床研究への参加は任意であること。</li> <li>・参加しない場合でも不利益を被ることはないこと。</li> <li>・参加しない場合の治療法について明記すること。</li> <li>・同意の撤回が随時可能であること。</li> <li>・同意を撤回した場合でも不利益を被ることはないこと。</li> </ul>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
患者さんに直接メリットとならないことは同意説明文書の「参加するメリット」項目へ記載していませんか？ (記載が必要な場合は同意説明文書の冒頭に記載すること。) 【例】: また将来の●●がん患者さんのためによりよい治療に役立つための情報が、この臨床試験の結果から得られることも期待しています。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
臨床研究に参加した際の患者さんの費用負担について記載していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
検体や資料 (診療情報、検査データ、アンケート票等) の『保管場所』『保管期間』『廃棄方法』を記載していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
健康被害が発生した場合でも経済的補償がないことを記載していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
遺伝子カウンセリングは不要ですか？ 若しくは遺伝子カウンセリングを実施する場合は施設名を記載していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
研究資金源を把握・記載していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>⑤ ホームページ等による研究情報公開について</b>		
情報を公開する際は「試験名」「対象」「参加を希望しない場合は拒否が可能であること」を記載しますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(倫理) 様式 1 号