**様式１**

＊受付番号

倫 理 審 査 申 請 書

令和　　年　　月　　日

　独立行政法人国立病院機構

東近江総合医療センター　院 長 　殿

　　 申請者　所 属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 職 名

　　 氏 名 　 　　　 印

国立病院機構東近江総合医療センター倫理委員会規程に則り審査を下記のとおり申請します。

　　　 　記

|  |
| --- |
| １．課 題 名 |
| ２．代 表 者  　所属： 職名： 氏名： |
| ３．共同担当者  　所属： 職名： 氏名： |
| 1. 臨床研究等の概要   （１）目　的  （２）対象及び方法  （３）審査を希望する理由 |
| ５．臨床研究等の実施場所 |
| ６．実施期間等    　　　倫理委員会承認日　　　～　　　令和　　年　　月　　日 |
| ７．臨床研究等における倫理的配慮  （１）被験者（患者）の人権の擁護  （２）被験者（患者）の理解と自発的同意を得る方法  （３）被験者（患者）への不利益と医学上の利益  （４）医学上の貢献度の予測 |
| ８．その他（備考） |