（受託　様式１）

# 研究委託申込書

西暦　　　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構

名古屋医療センター院長　殿

研究依頼者

住所：

名称：

代表者名：

（署名又は記名押印）

名古屋医療センター受託研究取扱規程第２条の規定に基づき、下記のとおり研究を委託いたしたく申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.研究課題名  （研究対象の名称を含む） | | | |  | |
| 2.研究の目的 | | 区分 | | □医薬品　□医療機器(用具)　□その他： | |
| 用途 | | □1 再審査申請（使用成績調査）　　　□2 再審査申請（特定使用成績調査）  □3 再評価申請（特定使用成績調査）　□4 副作用・感染症症例調査  □5 その他： | |
| 3.研究の内容 | | | |  | |
| 4.希望する研究責任者 | | | | 診療科名：　　　　　　　　　　氏名： | |
| 5.研究実施期間 | | | | 西暦　　年　月　日　～　西暦　　年　月　日 | |
| 6.研究契約期間 | | | | 契約締結日　～　西暦　　　　年　　月　　日 | |
| 7.実施予定症例数 | | | | 例（　　　報告/例） | |
| 8.添付資料 | | | |  | |
| 9.備考 | | | |  | |
| 10.研究責任医師　確認 | | | | 上記内容の確認日：西暦　　　　年　　月　　日  氏名：　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） | |
| 当院の担当者の所属等 | 〒  住所  社名  部課名  担当者名 | | | | |
| ＴＥＬ | | | | ＦＡＸ |
| E-mail | |  | | |

貴センターにおいて、調査対象の医薬品等の採用が取り消された場合は、本研究を中止いたします。