様式4号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※（受付番号　　－　　）

　**研　究　実　施　許　可　申　請　書**

令和　　年　　月　　日

　　　九州労災病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

所　属：

職　名：

氏　名　　　　　　　　　　　印

　下記のとおり、当院での研究の許可を申請いたします。

記

|  |
| --- |
| **１. 研究の名称** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **研究の実施体制（研究機関の名称及び研究者等の氏名を含む）**
 |
|  申請の種別□　新規申請□　変更申請（すでに以前承認された研究計画の内容に関する変更）変更の場合、前回審査時期の受付番号を右に記入のこと：　　　－　　　 |
| ２） 当院の研究責任者（研究倫理研修受講者に限ります）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | 職名 | 氏名 |
|  |  |  |

 |
| ３） 当院の研究者及び研究に携わる者（研究倫理研修受講者に限ります）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | 職名 | 氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| ４） 個人情報管理責任者（研究倫理研修受講者に限ります）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | 職名 | 氏名 |
|  |  |  |

　 |
| ５） 試料管理責任者（研究倫理研修受講者に限ります）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | 職名 | 氏名 |
|  |  |  |

　　　　　　　 |
| ６）主導研究機関等【主導研究機関の名称】： 【主導研究機関の研究代表者の氏名】： ＊主導研究機関の倫理審査委員会の承認状況を、下記にチェックしてください。□　承認済　→　倫理審査通知結果の写を必ず添付□　未承認　→　令和　　年　　月頃、主導研究機関の審査を受ける予定 |

|  |
| --- |
| **4．侵襲を伴う研究における健康被害への補償**侵襲を伴う研究の場合には、当該研究によって生じた健康被害に対する補償の有無及びその内容について記載すること。「内容」は、必ずしも金銭の支払いに限られるものではなく、健康被害に対する医療の提供等も含まれる。 |
| * **健康被害への補償なし**

　　　　　その理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * **健康被害への補償あり**

　　　補償の内容： |

|  |
| --- |
| **5．研究実施後の医療提供*** 通常の診療を超える医療行為を伴う研究の場合には、研究対象者への研究実施後における医療の提供に関する対応について記載すること*。*
* 通常の診療を超える医療行為を伴う研究が実施された研究対象者が、当該研究の結果により得られた最善の医療(予防、診断及び治療)を受けることができるよう研究責任者に努力を求める。
* 「研究対象者への研究実施後」とは、研究計画書に記載された研究期間が満了したときではなく、個々の研究対象者に対して通常の診療を超える医療行為を終了した後を指す。
 |
| □　通常の診療を超える医療行為を伴う研究に該当しない　　　備考： |
| □　通常の診療を超える医療行為を伴う研究に該当　　　　研究対象者への研究実施後における医療の提供に関する対応の詳細： |

研究責任者は、医学研究等が終了したときは、当該医学研究等の結果について、「臨床研究（終了・経過）報告書」（様式15号）に必要な書類を添付して、速やかに委員長に報告して下さい。また，研究が複数年にわたる際は１年ごとに当該医学研究等の経過を上記報告書により倫理委員長に報告して下さい（倫理委員会規定による）。