|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号  （県薬記入） |  |

様式１　（研究責任者　→　研究機関の長　→　大分県薬剤師会　→　倫理審査会)

(西暦)　　　　　　年　　　　月　　　　日

**倫理審査申請書**

公益社団法人大分県薬剤師会　倫理審査会

委員長 　　　　　　　 　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請者(研究責任者) |  |
| 所属 | ： |
| 職名 | ： |
| 氏名 | ：　　 　　　　　　　　　印 |
| 研究機関の長 |  |
| 氏名 | ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 区 分 ：　　□ 新規　　　□ 変更　　　　　 　区分が「変更」の場合には、修正部分に下線 ( 　　 ) を引くこと | | |
| 1. 研究題名 | | |
| 2. 研究責任者 (研究機関名、職名、氏名) | | |
| 3. 分担研究者 (研究機関名、職名、氏名) | | |
| 4. 情報管理責任者 (研究機関名、職名、氏名) | | |
| 5. 研究の目的及び意義 | | |
| 6. 研究期間  （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 ～ （西暦）　　　　　年　　　月　　　日  　※研究期間は原則最大５年とする。ただし、５年を超える研究の場合には、研究期間が空白とならないよう期間延  長の手続きを行うこと。 | | |
| 7. 研究計画の概要 | | |
| 8. 本研究の対象者、人数および算出根拠 | | |
| 9. 実施場所等 | | |
| 10. 試料の入手方法、解析 | | |
| 11. 研究費  □ 公的研究費 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 12. 倫理的配慮 | | |
| (1) 研究対象者の人権保護 (匿名化の方法など) | | |
| (2) インフォームド・コンセントあるいはインフォームド・コンセントの方法 | | |
| (3) 研究対象者の不利益および危険性に対する配慮 | | |
| (4) その他 | | |
| 13. 研究倫理に関する研修について　　　　＊研修修了証のコピーを忘れずに添付すること。 | | |
| 研修日：（西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（過去１年以内）  　主　 催：  　研修名： | | |
| 【県薬記入欄】  通知年月日： （西暦）　　 　　　年　　　　月　　　　日  承認番号： | | |