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

様式１　（研究責任者・研究機関の長→研究倫理審査委員会)

(西暦)　　　　　　年　　　　月　　　　日

**倫理審査申請書**

一般社団法人島根県薬剤師会

会　長　様

研究倫理審査委員会委員長　　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

下記のとおり新規に研究を申請致します。

記

|  |
| --- |
| １. 研究題名 |
| ２. 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。 |
| ３. 研究の概要  １）侵襲　□なし　□軽微　□あり  ２）介入　□なし　□あり→介入の内容　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３）人体から取得された試料　□用いない  □用いる→試料の種類、取得の方法、他の研究施設へ試料提供の有無などを研究計画書に記入すること  ４）研究対象者から同意を得る方法  　　□文書  　　□口頭  　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　□個別同意を取得しない（オプトアウト文書等による場合）→理由と方法を研究計画書に記入すること  ５）個人情報の取扱い  　　□匿名化しない  　　□匿名化する→□連結不可能匿名化  　　　　　　　　　　　　□連結可能匿名化（対応表の保有なし）  　　　　　　　　　　　　□連結可能匿名化（対応表の保有あり）  　　　　　　　　　　　　□無記名（アンケート等）  　　□非該当  ６）国内未承認薬、保険適応外の医療行為の有無  　　□なし　□あり→研究計画書へ具体的に記入すること  ７）研究費  　　□公的研究費　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　□研究施設研究費　　□その他（　　　　　　　　　　　　　）  ８）研究実施体制　□単施設研究  □多施設共同研究→主たる研究施設　□申請者の施設　□他の研究施設  9）情報管理責任者  所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名： |
| ４. 研究倫理に関する研修について　　　　　　　　　　　※研修修了証の写しを添付すること  研究機関の長  氏名　 　　　　　　　　　研修受講日：（西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（過去１年以内）  研究者（全員）  氏名　　　　　　　　　　　　　　　研修受講日：（西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（過去１年以内）  氏名　　　　　　　　　　　　　　　研修受講日：（西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（過去１年以内）  氏名　　　　　　　　　　　　　　　研修受講日：（西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（過去１年以内） |
| ５．申請者（研究責任者）の島根県薬剤師会会員資格の有無  □会員　　日本薬剤師会会員番号　〔Ｎｏ．　　　　　　　　　　　　　　　〕　　　　　　　□非会員 |
| ６．申請者（研究責任者）連絡先  住所：〒  電話：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：  Eメール： |
| 【県薬記入欄】  通知年月日： （西暦）　　 　　　年　　　　月　　　　日  承認番号： |

2021年6月30日第2版