参照用

様式第 2 号
（学外用）

（西暦）20　　年　　月　　日

研究支援申込書

大阪市立大学医学部附属病院長　様

申込者
（住　所）□□県□□市□□町 1-1-1
（機関名）□□□法人□□□□□□□大学
（代表者名）代表理事 □□ □□　印

*受付番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

試験の種類	□ 医師主導治験（ □ 医薬品 □ 医療機器 ） □ 治験以外の介入研究（ □ 医薬品 □ 医療機器 □ その他 ） □ 観察研究 □ その他
侵襲の有無	□ 侵襲あり　□ 侵襲なし
研究課題名	□□□□□□□□□□における□□□□□□試験
研究の目的及び概要	□□
支援予定期間	20ｘｘ年ｘｘ月ｘｘ日　～　20ｘｘ年ｘｘ月ｘｘ日
予定症例数	□□□　例
支援依頼内容	□ 臨床試験コーディネーター ☑ REDCap システムに係る支援（REDCap システム利用） □ データセンター □ 被験者募集（おおさか臨床試験ボランティアの会利用） □ 調整事務局、プロジェクトマネジメント等 □ その他（具体的に）： 予定研究支援費　　　　　　　円
研究責任者 所属・職名・氏名	□□□法人□□□□□□□大学□□□学部□□□教室　教授　□□ □□
担当者所属・氏名・連絡先 （電話・E-mail 等）	□□□法人□□□□□□□大学□□□学部□□□課□□担当　□□ □□ Tel. 06-1234-5678　xxxx@xxx.xxxx-u.ac.jp
備考 補足があればご記載ください	・ 特定臨床研究 □ 該当　□非該当 ・申請の有無 □ jRCT(□□□□□□□□□□　) □ UMIN(□□□□□□□□□□　) □ その他(□□□□,□□□□　) □ 申請対象外のためなし

コメントの追加 [r1]: 研究支援の申込日をご記入下さい。
研究支援申込書の
青いマーカの部分を確認し入力お願いします。黄色いマーカはこちらで入力いたします。

コメントの追加 [r2]: 申込者が契約書の契約者になります。
記名・捺印者は、貴施設の規程に従っていただければ結構ですが、施設長あるいは施設長から権限を委譲された方としていただくのがよろしいかと思います。

コメントの追加 [r3]: REDCap を利用してデータ収集を行う研究の種類に☑を入れて下さい。

コメントの追加 [r4]: REDCap の開発を研究者の方で対応される場合であっても「REDCap システムに係る開発」となります。
REDCap 以外の支援依頼内容があれば、☑を入れて下さい。

コメントの追加 [r5]: 貴施設での REDCap 契約に関する事務部契約担当者の情報をご記入ください

コメントの追加 [r6]: 該当する申請先に☑を入れ
（　）内には登録済みの場合はその番号を、未登録の場合は“申請予定”とご記入ください。
jRCT、UMIN 以外の場合は申請先をご記入ください。
例：☑その他（ClinicalTrials.gov,NCT0999990）