年　　月　　日

一括審査依頼書

研究代表者

富山大学附属病院

○○科

○○　○○　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　共同研究機関

研究責任者

　　 機関名：

　　 所属　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　：

＜研究の名称＞

　○○○○・・・・・・・・・・・・

**上記臨床研究に共同研究機関として参加するにあたり、研究代表機関での一括審査を希望します。**

＜共同研究機関実施体制＞

研究責任者　　　　　　　有効な研究倫理講習受講の有無　　申告すべきCOIの有無

〇〇　〇〇　　　　　□有　　□無　　　　　　　　　　□有　　□無

研究分担者

〇〇　〇〇　　　　　□有　　□無　　　　　　　　　　□有　　□無

　　　〇〇　〇〇 □有　　□無　　　　　　　　　　□有　　□無

注) 侵襲または介入研究の場合は、別途施設要件確認書必要