

管理番号： _____

事務局記入欄			
受付番号	第	番	
受付日	年	月	日

年 月 日

臨床研究倫理審査申請書

横浜市歯科医師会会長殿

申請者(研究責任者)

施設名・所属

氏名

印

1. 臨床研究名

2. 研究責任者(氏名, 連絡先, 横浜市歯科医師会入会、研修受講)

氏名	横浜市歯科医師会入会の有無		
	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員		
連絡先	研修名	研修受講日	
TEL			

3. 共同研究者(氏名, 所属, 職名、研修受講)

氏名	所属	職名	研修名	研修受講日

4. 添付資料

- 研究実施計画書
- 同意・説明文書
- 利益相反に関する自己申告書
- 症例報告書
- その他()

5. その他(特記事項等あれば記載)

6.研究概略**6-1 研究デザイン**

- 観察研究（侵襲無し・軽微な侵襲・侵襲）
 介入研究（侵襲無し・軽微な侵襲・侵襲）
 その他（ _____ ）

6-2 研究の概要**6-3 研究期間**

倫理審査委員会承認日～ 20 ____年 ____月 ____日

6-4 研究の対象、予定症例数、実施場所

研究の対象：

予定症例数：

実施場所：

6-5 研究費拠出元（該当するもの全てにチェック）

- ①厚生労働省科学研究費
 ②文部科学省科学研究費
 ③①②以外の公的研究費
（具体的名称： _____）
 ④申請者が所属する施設と相手方の受託研究経費
（具体的名称： _____）
 ⑤申請者が所属する施設と相手方の共同研究経費
（具体的名称： _____）
 ⑥多施設共同研究グループの研究費
（具体的名称： _____）
 ⑦委任経理金
 ⑧その他
（具体的名称： _____）

6-6 研究における倫理的配慮**(1)個人情報保護**

- 匿名化
 非匿名化

(2)インフォームドコンセント

- 同意取得（不要・文書・口頭・掲示・その他 _____）
 同意撤回（不要・文書・口頭・その他 _____）
 インフォームド・アセント が必要

6-7 補償措置の有無

(侵襲を伴う研究であって通常の診療を超える医療行為を伴うものを実施しようとする場合は、被験者に生じた健康被害の補償のための保険その他の必要な措置を講じる必要があります。これら研究で、保険加入を行わない場合は具体的な補償措置の方法を記載すること。)

補償措置の必要性の有無(いずれかにチェック)

有 無

「有」の場合は、保険加入の有無

保険加入済み

保険加入手続き中

保険加入しない

「保険加入しない」場合、具体的補償措置の方法
(_____)

6-8 研究成果物の論文・学会発表などの予定

有 無

「有」の場合は具体的な名称を以下に記載のこと
(_____)