

<記入例>

様式1

受付番号

平成 00年 0月 0日

岡山大学病院新医療研究開発センター長 殿

機関・部局：岡山大学病院

所属部署：凸凹科

申請者：岡山太郎

研究支援業務申請書

以下のとおり申請します。

区分	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> その他
品目名称	〇〇に対する△△投与の試験
識別記号	15xx0000000000
依頼業務	<input checked="" type="checkbox"/> 文書作成支援(手順書, プロトコル等) <input checked="" type="checkbox"/> プロジェクトマネジメント <input checked="" type="checkbox"/> モニタリング業務 <input checked="" type="checkbox"/> 監査業務 <input type="checkbox"/> 治験薬管理業務 <input checked="" type="checkbox"/> 調整事務局業務 <input type="checkbox"/> データマネジメント <input checked="" type="checkbox"/> 統計解析 <input type="checkbox"/> 規制当局対応支援 ※以上の項目を選択した場合、別添様式を併せて提出してください。 <input type="checkbox"/> GPC施設使用申込 希望利用期間 (年月日) ~ (年月日)
	薬事相談 <input type="checkbox"/> 個別面談(30分) <input type="checkbox"/> 個別面談(60分) 面談希望日時： (年月日) (時刻)
担当医師 (学内に担当医師がいる場合)	所属部署：凸凹科 氏名：岡山太郎 TEL：内線 0000 PHS：0000 E-mail：aaaaaaaaa@mm.mmm.ac.jp
支払経費 (学内のみ)	コード 名称 所管：5a2XXX ○〇センター プロジェクト：0000 □□□ 財源：01 運営費交付金 目的：2080A ○〇業務 (予算のコードと名称をご記入願います。)

<記入例>

様式1別添

受付番号

平成 00年 0月 0日

岡山大学病院新医療研究開発センター長 殿

機関・部局：岡山大学病院

所属部署：凸凹科

申請者：岡山太郎

臨床試験に関する概要説明

臨床試験支援依頼に係る概要は以下のとおりです。

IRB審査の実施状況	<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施済（承認番号： ）
PMDA相談の実施状況	<input type="checkbox"/> 未実施（ <input type="checkbox"/> 実施予定） <input checked="" type="checkbox"/> 実施済 実施日： 平成 年 月 日 相談区分： 治験プロトコル等品質に係るもの

治験の場合

治験薬・機器提供者との契約	<input type="checkbox"/> 未契約（ <input type="checkbox"/> 契約予定） <input checked="" type="checkbox"/> 契約済
非臨床試験の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 未実施（ <input type="checkbox"/> 実施予定） <input type="checkbox"/> 実施済
治験に係る経費	<input type="checkbox"/> 公的資金（補助金・委託費・助成金等） <input checked="" type="checkbox"/> 企業資金 <input type="checkbox"/> 自己資金

<記入例>

様式1

受付番号
平成 00年 0月 0日

岡山大学病院新医療研究開発センター長 殿

機関・部局：ももたろう株式会社
所属部署：開発部長
申請者：岡山太郎

研究支援業務申請書

以下のとおり申請します。

区分	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> その他
品目名称	〇〇に対する△△投与の試験
識別記号	15xx0000000000
依頼業務	<input checked="" type="checkbox"/> 文書作成支援(手順書, プロトコル等) <input checked="" type="checkbox"/> プロジェクトマネジメント <input checked="" type="checkbox"/> モニタリング業務 <input checked="" type="checkbox"/> 監査業務 <input type="checkbox"/> 治験薬管理業務 <input checked="" type="checkbox"/> 調整事務局業務 <input type="checkbox"/> データマネジメント <input checked="" type="checkbox"/> 統計解析 <input type="checkbox"/> 規制当局対応支援 ※以上の項目を選択した場合、別添様式を併せて提出してください。 <input type="checkbox"/> CPC施設使用申込 希望利用期間 (年月日) ~ (年月日)
	薬事相談
担当医師 (学内に担当医師がいる場合)	所属部署： 氏名： TEL： E-mail： PHS：
請求書送付先	〒 700 - 0209 住所：岡山市北区〇△□ 999番地 宛名：ももたろう株式会社 経理課 経理係 犬山 請求書の宛名は「ももたろう株式会社 代表取締役社長 桃山太郎」でお願いします。

請求書の宛名について、指定がある場合はその旨ご記入下さい。

<記入例>

受付番号

平成 00年 0月 0日

岡山大学病院新医療研究開発センター長 殿

機関・部局：ももたろう株式会社
所属部署：開発部長
申請者：岡山太郎

臨床試験に関する概要説明

臨床試験支援依頼に係る概要は以下のとおりです。

IRB審査の実施状況	<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施済（承認番号： ）
PMDA相談の実施状況	<input type="checkbox"/> 未実施（ <input type="checkbox"/> 実施予定） <input checked="" type="checkbox"/> 実施済 実施日： 平成 年 月 日 相談区分： 治験プロトコール等品質に係るもの

治験の場合

治験薬・機器提供者との契約	<input type="checkbox"/> 未契約（ <input type="checkbox"/> 契約予定） <input checked="" type="checkbox"/> 契約済
非臨床試験の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 未実施（ <input type="checkbox"/> 実施予定） <input type="checkbox"/> 実施済
治験に係る経費	<input type="checkbox"/> 公的資金（補助金・委託費・助成金等） <input checked="" type="checkbox"/> 企業資金 <input type="checkbox"/> 自己資金

<記入例>

様式1

受付番号

平成 00年 0月 0日

岡山大学病院新医療研究開発センター長 殿

機関・部局：岡山大学病院

所属部署：凸凹科

申請者：岡山太郎

研究支援業務申請書

以下のとおり申請します。

区分	<input type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 医療機器	<input type="checkbox"/> その他
品目名称			
識別記号			
依頼業務	臨床試験支援	<input type="checkbox"/> 文書作成支援(手順書, プロトコル等) <input type="checkbox"/> プロジェクトマネジメント <input type="checkbox"/> モニタリング業務 <input type="checkbox"/> 監査業務 <input type="checkbox"/> 治験薬管理業務 <input type="checkbox"/> 調整事務局業務 <input type="checkbox"/> データマネジメント <input type="checkbox"/> 統計解析 <input type="checkbox"/> 規制当局対応支援 ※以上の項目を選択した場合、別添様式を併せて提出してください。 <input checked="" type="checkbox"/> CPC施設使用申込 希望利用期間 平成28年10月4日(火) ~ 平成28年10月7日(金)	
	薬事相談	<input type="checkbox"/> 個別面談(30分) <input type="checkbox"/> 個別面談(60分) 面談希望日時： (年月日) (時刻)	
担当医師 (学内に担当医師がいる場合)	所属部署：凸凹科 氏名：岡山太郎 TEL：内線 0000 PHS：0000 E-mail：aaaaaaaaaa@mm.mmm.ac.jp		
支払経費 (学内のみ)	コード 名称 所管：5a2XXX ○○センター 財源：01 運営費交付金	コード 名称 プロジェクト：0000 □□□ 目的：2080A ○○業務	

(予算のコードと名称をご記入願います。)