様式　阪院―臨床１５

西暦　　　年　　月　　日

**臨床研究実施医療機関の概要書**

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

受託研究審査委員会第2委員会　委員長　殿

　　 審査依頼者

　　（実施医療機関名）（職名）　　　印

当院における臨床研究の実施体制は以下の通りです。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施医療機関名 |  | | | | |
| 所在地及び連絡先 | 住所 ： | | | | |
| Tel : | | | Fax ： | |
| 標榜診療科 | 診療科 | | | | |
| 病床数・外来患者数 | 病床数 ：　　　　　床 | | | 外来患者数（平均）：　　　　　名 / 日 | |
| 職員数 | 医師：　　　　　名  看護師：　　　　　名  薬剤師：　　　　　名 | | | 臨床検査技師：　　　　　名  放射線技師：　　　　　名 | |
| 当該研究を実施しようとする機関が診療所、クリニック単科病院の場合は夜間・休日の診療体制 | 診 療 時 間 |  | | | |
| 休診日（曜日） |  | | | |
| 夜間・休日等の  診療体制（具体的に） |  | | | |
| 休診日・夜間連絡先 | Tel： | | | Fax： |
| ※連携する医療機関  を記載 |  | | | |
| 当該研究で使用する設備・機器の設置状況（外部委託をする場合はその旨記載） | 記載例）頭部CT、心エコー検査機器は院内のものを使用。●●検査は外部検査機関を利用。 | | | | |
| 臨床研究実施経験 | □　有　　　　□　無 | | | | |
| 院内臨床研究倫理  審査委員会 | □　有　　　　□　無  （有の場合は依頼理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 自施設内の  臨床研究教育実績  （教育セミナー等） | □　有　　　　□　無  （有の場合は具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※差し支えなければ教育セミナー等のプログラムを添付してください。 | | | | |
| 当該依頼に関する  連絡・問い合わせ先 | 所属： | | 氏名 | | |
| Mail: | | Tel: | | |
| 備考 |  | | | | |

※　実施医療機関が作成した概要書やパンフレットがあれば添付。

※　研究責任者の履歴書を添付（形式自由。臨床研究・治験に関する経歴は必須。）

※　本様式は審査依頼者が作成し、独立行政法人国立病院機構大阪医療センター受託研究審査委員会第2委員会委員長へ提出する。