治験審査申請システム利用許可申請書

香川大学医学部附属病院

臨床研究支援センター長　殿

　治験・製造販売後臨床試験の電子申請にあたり、治験審査申請システムの利用許可を申請致します。

　利用にあたっては「香川大学医学部附属病院治験業務の電子化に関する標準業務手順書」を遵守致します。

なお、万一個人の不正使用により、治験審査申請システムに障害が発生した場合、有償弁済となる

可能性があることについても理解しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 記載日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 治験依頼者  代表者　肩書・氏名 | ※統一書式の「治験依頼者」欄に反映されます  （CRO： ） |
| 治験課題名 （公開用の記載可） |  |
| 治験実施診療科 |  |
| 利用者所属  (CRO・SMOのみ)  所在地  電話番号  FAX番号 | 〒  　　　　－　　　－  　　　　－　　　－  　※SMO：治験依頼者・治験課題名・診療科の記載不要 |
| 利用者メールアドレス |  |
| 利用者署名 |  |

＊IRB事務局確認欄　　　　　　　　　＊臨床研究支援センター長確認欄

受領日　　　年　　　月　　　日　　　承認日（利用開始日）

年　　　月　　　日

確認者：　　　　　　　　　　　　　　センター長名：

確認印

--------------------------------------------　利用解除届　--------------------------------------------

＊IRB事務局確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 利用解除希望確認日：　 　　 　年 　月　 日 | 確認者： |
| 治験審査システム利用停止日：　　　 年 　月 　日 | 停止者： |

注）SMOは初回申請のみとする。複数の治験を担当する場合は治験課題名一覧を添付すること。