**臨床研究相談申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **申込日** | **令和　　年　　月　　日** |
| **申込者** | **所属：**  **氏名：**  **ＴＥＬ：**  **Ｍａｉｌ：** |
| **研究内容** |  |
| **研究分類** | **□　治験**  **□　治験外試験研究**  **目的　　□　先進医療（高度医療を含む）としての申請・承認**  **□　先進医療（高度医療を含む）下に行われる治療法の評価**  **□　上記以外を目的とする臨床試験**  **□　前向き観察研究**  **□　調査**  **□　不明・未定** |
| **支援の希望** | **□　CRC　　　　　　　　　　　　　　　　　□　その他**  **□　データマネージャー　　　　　　　 □　不明・未定** |
| **使用する試験薬・試験製品** |  |
| **具体的**  **相談内容** |  |