**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** |  |