

受付番号 (県薬記入)	
----------------	--

様式1 (研究責任者 → 秋田県薬剤師会 → 研究倫理審査委員会)

(西暦) 年 月 日

## 倫理審査申請書

研究倫理審査委員会委員長 様

申請者(研究責任者)

所属 :

職名 :

氏名 : 印

区分 : <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	区分が「変更」の場合には、修正部分に下線 ( <u>    </u> ) を引くこと
1. 研究題名	
2. 研究責任者 (研究機関名、職名、氏名)	
3. 研究分担者 (研究機関名、職名、氏名)	
4. 個人情報管理責任者 (研究機関名、職名、氏名) ※設置しない場合は「非該当」と記載すること	
5. 研究の目的及び意義	
6. 研究期間 (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 ※研究期間は研究を終了するまでに必要と考えられる妥当な期間を記載するものとし、原則最大5年とする。	
7. 研究計画の概要	
8. 本研究の対象者、人数および算出根拠	

9. 実施場所等(研究協力機関以外の施設をすべて記載)
10. 試料の入手方法、解析
11. 研究費 <input type="checkbox"/> 公的研究費 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
12. 倫理的配慮
(1) 研究対象者の人権保護(個人を特定できなくする方法など)
(2) インフォームド・コンセントあるいはインフォームド・アセントの方法
(3) 研究対象者の不利益および危険性に対する配慮
(4) その他
13. 研究倫理に関する研修について                      研修修了証のコピーを忘れずに添付すること。  研修日:(西暦)_____年_____月_____日 (過去1年以内)  主 催:_____
研修名:_____
【日薬記入欄】 通知年月日:(西暦)        年        月        日 承認番号:

2022年9月1日改訂版