

(事務局使用欄)

受付番号（課題番号）

申込日（西暦）

年 月 日

## 倫理審査申込書

一般社団法人日本オーラルヘルス協会倫理審査委員会 殿

課題名

上記の研究の実施(研究計画書を変更して実施する場合を含む)について、倫理審査を申し込みます。

研究機関名

研究機関の長

(署名・捺印)

印

職位

## 申込概要

審査依頼	<input type="checkbox"/> 審査(新規) <input type="checkbox"/> 初回提出 <input type="checkbox"/> 2回目以降(再審査)  <input type="checkbox"/> 修正申請【承認済み・実施中の課題】	承認番号 (新規の場合は、 不要)	
課題名			
研究の種類	<input type="checkbox"/> 人を対象とする医学系研究計画 <input type="checkbox"/> 侵襲あり <input type="checkbox"/> 介入あり		
特定臨床研究 への該当	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない <small>※当委員会は認定臨床研究審査委員会に該当しないため、臨床研究法における特定臨床研究の審査は実施いたしません。</small>		
研究予定期間	研究実施許可日 ~ (西暦) 年 月 日		
新規審査の 提出資料 (提出書類にチェック)	<input type="checkbox"/> 研究計画書 ※ <input type="checkbox"/> プロトコール ※ (侵襲および介入のない観察研究は任意) <input type="checkbox"/> 説明文書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 利益相反事項開示書 ※ <input type="checkbox"/> 添付資料(アンケート調査票・参考文献・その他)		
修正書類 (提出書類にチェック)	<input type="checkbox"/> 修正箇所一覧 ※ <input type="checkbox"/> 研究計画書 ※ <input type="checkbox"/> プロトコール(侵襲および介入のない観察研究は任意) <input type="checkbox"/> 説明文書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 利益相反事項開示書 ※ <input type="checkbox"/> 添付資料(アンケート調査票・参考文献・その他)		
本研究の倫理審査 に関する照会先	<input type="checkbox"/> 研究責任者 <input type="checkbox"/> 実務責任者(研究事務局) <input type="checkbox"/> その他()		
	氏名・所属・職位： 電話番号： E-mail：		
備考			

私は、チームメディカルクリニック倫理審査委員会への申請にあたり、別途定められた方法により、申込料および必要な審査料を支払います。

支払責任者 所属  
職名

氏名(自署)

印

### 記入上の注意（申請時は削除すること）

- ◇課題名：申請内容を的確に表現する課題名とする。
- ◇研究責任者：申込み課題を統括する責任者で、その内容・実施・結果・成果公表に関する最終責任を負う。
- ◇実務責任者（研究事務局）：研究責任者の指示および委任により、研究の実務を管理する責任者。  
指名しない場合は、研究責任者が自ら研究実務の管理に責任を負う。

## ○研究組織

## 研究機関名

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at [john.smith@researchinstitute.org](mailto:john.smith@researchinstitute.org).

実施体制

★研究責任者、実務責任者(研究事務局)分担者の全員が「人を対象とする医学系研究計画」に関する講習を受けていない場合、倫理審査は行わない。

(参照)人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 第4-3

備考	
----	--