多機関共同研究一括審査調査票

研究課題名			
研究代表機関名称（代表医療機関）			
研究代表者	所属		
	氏名		
倫理審査委員会	名称		
	研究倫理審査委員会報告システムの IRB 番号		
研究事務局	担当者氏名		
	担当者所属		
	連絡先	Mail: Tel:	
倫理審査		☐一括審査　☐当院での自施設審査が必要	
当院の病院長許可通知書（写）について、代表機関へ提供が必要ですか。			
	新規審査	☐要　☐否	
	継続審査	変更	☐要　☐否
		軽微な変更	☐要　☐否
		定期報告	☐要　☐否
		安全性報告	☐要　☐否
		その他（詳細を記載）：	
定期報告（実施状況報告）についてご教示ください。			
	開催頻度	☐年１回　☐２年に１回　☐その他（　　）	
	開催時期予定	☐年度末　☐年末　☐新規審査実施月(　　月) ☐その他（詳細を記載）：	

研究倫理審査委員会報告システム（https://rinri.niph.go.jp/）より検索して、IRB 番号を入力してください

当院の状況について報告が必要ですので、代表機関での定期報告実施予定をわかる範囲でご教示ください。

所属 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　研究責任者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　PHS ＿＿＿＿

提出日 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　作成者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　PHS ＿＿＿＿

事務局確認欄

研究番号		確認者		確認日	年　月　日