**臨 床 倫 理 計 画 書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請手技 |  | | | |
|  | 所　　　属 | 職　　名 | 氏　　名 | 倫理 講習 |
| 実施責任者 |  |  |  | □ |
| 分担者 |  |  |  | □ |
| 分担者 |  |  |  | □ |
| 分担者 |  |  |  | □ |
| 開始予定 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 審 議 事 項  【申請の分類】  □ 保険適用外の診療　　　　□ 先進医療　　　　□ 治療不同意への対応  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【申請の内容】　*➝申請に及んだ経緯、内容について記載する。*  *特に審議を必要とする内容については、詳細に記述すること。*  本申請に係る利益相反（COI）の有無  　　□ なし　　　□ あり（資金源など：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ 利益相反（COI）自己申告書を提出済：　　　年　　月  □ 所属機関を介して契約を締結するため、COI自己申告書は不要  倫理的・社会的配慮について  【予想される対象者への危険・不利益、及び医学上の貢献】  【本診療行為を実施しない場合の他の選択肢 及び 転帰】  【対象者 及び 関係者に対する説明の概要、承諾を受けるべき事項（費用負担 等）】  【危険や不利益に対する対応】  担当グループ（担当者）連絡先 | | | | |

＊ 本様式は任意であり、他様式のプロトコル等の提出を以って代えられます。