年　　月　　日作成

# 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】

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】

年　　月　　日作成

【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。