確認依頼書

●の箇所につきましてご記入いただきますようお願いいたします。

「統計解析責任者」および「利益を得ることが明白な者」の項目ついては、該当する場合はご記入ください。

【受付番号】

（事務局にて記入します。)

【企業名】

添付のデータをご参照ください。

【研究責任医師】氏名/所属/職名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ●● ●● | ●●学部・●●学科 | ●● |

【研究分担医師】氏名/所属/職名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ●● ●● | ●●学部・●●学科 | ●● |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【統計解析責任者】氏名/所属/職名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ●● ●● | ●●学部・●●学科 | ●● |

【利益を得ることが明白な者】氏名/所属/職名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ●● ●● | ●●学部・●●学科 | ●● |

【研究課題名】

●●●