**中央病院CRC派遣依頼票　 （番号：　　　　-　　　　）**

研究実施管理部長　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| **【新規課題】** |
| 治験責任医師名 |  |
| 研究課題名 |  |
| 治験依頼者名 |  |
| CRO名（あれば） |  |
| 研究分類（□にチェックを入力） | □ | 第Ⅰ相 | □ | 第Ⅱ相 | □ | 第Ⅲ相 | □ | その他（　　　　　　　　　　） |
| 契約症例数 | 　　　　　例 |
| 研究開始予定日（研究予定期間） | 平成　　　年　　　月頃開始（平成　　　年まで　　　年間） |
| 担当CRA | 氏名 |  | 所属 |  |
| 電話 |  | ｱﾄﾞﾚｽ |  |
| CRCへの作業依頼内容（□へチェックを入力） | □  | スタートアップミーティング参加（事前検討を含む） |
| □ | インフォームドコンセント（説明の補助、同意文書取得） |
| □ | 外注検体取り扱い、薬物動態採血処理 |
| □ | 被験者ケア（有害事象観察、投薬状況観察、スケジュール管理） |
| □ | 症例報告書作成 |
| □ | モニタリング・監査への対応 |
| □ | フイルムコピ−作業 |
| □ | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 本依頼票を提出する際には、プロトコール（要約 + 検査スケジュール表）を添付して治験管理室長までご提出ください。
* 提出はプロトコールの検討段階（遅くとも治験事務局に費用に関する面談を申し込む前まで）にお願いします。
* 提出が遅れるとCRCを派遣できないことがあります。
 |

|  |
| --- |
| **中央病院CRC派遣依頼・返信欄** |
| 治験責任医師 |  | 先生 | 返信日：平成　　年　　月　　日 |
| 担当CRC名 | 氏名 |  | 氏名 |  |
| 氏名 |  | 氏名 |  |
| 氏名 |  | 氏名 |  |
| CRC対応業務 | □ | スタートアップミーティング参加（事前検討を含む） |
| □ | インフォームドコンセント（説明の補助、同意文書取得） |
| □ | 外注検体取り扱い、薬物動態採血処理 |
| □ | 被験者ケア（有害事象観察、投薬状況観察、スケジュール管理） |
| □ | 症例報告書作成 |
| □ | モニタリング・監査への対応 |
| □ | フイルムコピ−作業 |
| □ | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |
| 研究実施管理部長： |  |