|  |  |
| --- | --- |
| 年度 | 申請日　　　　年　　　月　　　日 |

一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会

代表理事　宇田　和夫 様

（申請者）所属；

代表者名：

　（会員の場合　会員番号　　　　　　　　）

調査研究協力依頼申請書

|  |
| --- |
| ■記載者情報（審査結果等通知に使用する連絡先を別とする場合は下欄９．に記載してください）  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員の場合　会員番号　　　　　　　　）  所属：  所在地：〒  電話番号：  E-mail： |

|  |
| --- |
| １．調査研究グループ構成メンバー（氏名、所属、会員に「○」） |
| ２．調査研究テーマ |
| ３．調査研究実施計画の概要【目的、対象、内容、方法など】（資料添付でも可） |
| ４．調査研究期間  　 　年　　　月　　　日　から　　　　　年　　　月　　　日　まで |
| ５．目標症例数  　　　　　　　　　　　　　　　　　　例 |
| ６．承認を得た倫理審査委員会（承認証写しを添付してください） |
| ７．最終報告の形体【論文化、学会発表など】 |
| ８．申請時の申告および宣誓  １）利益相反の有無　　　　　有　　　　　無  有の場合、具体的に  ２）重複して協力依頼をする他団体（予定も含む）の有無　　　　　　　　　　　　　有　　　　無  　　　　有の場合、具体的に  ３）当連絡会および協力者の費用負担の有無　　　　　　　　　　　　　　　　　　　有　　　　無  有の場合、その具体的内容  ４）個人情報保護に関する適切な配慮の有無　　　　　　　　　　　　　　　　　　　有　　　　無  ５）私（代表者）は、協力者に不利益を発生させません　　　　　　　　　　　　　　諾　　　　否  ６）私（代表者）は、依頼する当該調査研究に関わる一切の責任を負い、適切に誠意をもって対応します  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　諾　　　　否  ７）当該調査研究に関わる重要事項に変更があった場合は、速やかに報告します　　　諾　　　　否  ８）学会発表、論文投稿等にあたっては、協力団体として貴連絡会名を明記します　　諾　　　　否  ９）調査研究の結果は、公表可能となり次第、すみやかに報告します　　　　　　　　諾　　　　否  　　　　　報告予定時期　　　　　　　年　　　月頃 |
| ９．その他申告すべきことなど（自由記載） |