西暦　　　　年　　月　　日

**研究責任医師、研究分担医師及び分担研究者の要件に関わる申告書**

研究責任医師

氏名　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 課題名 |  |

下記の研究責任医師、研究分担医師及び分担研究者としての要件に関する事項を申告します。

記

研究責任医師及び研究分担医師が以下の要件を満たしていることを確認しました。

・臨床経験4年以上であること

・当該研究においてモニタリング、データ管理、統計・解析に従事しないこと

・任用あるいは在籍期間が当該研究を担当するのに十分であること

■研究責任医師（本学に所属し、本院にて診療に従事する常勤の医師または歯科医師（助教相当以上の者）で当該領域における十分な臨床経験を有する者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | フリガナ | 所属 | 職名 | 教育要件 \*2 |
|  |  |  |  | [ ]  確認済み |

■研究分担医師

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | フリガナ | 所属 | 職名等(番号)\*1 | 教育要件\*2 |
|  |  |  | 　 | [ ]  確認済み |
|  |  |  | 　 | [ ]  確認済み |
|  |  |  | 　 | [ ]  確認済み |
|  |  |  | 　 | [ ]  確認済み |
|  |  |  | 　 | [ ]  確認済み |
|  |  |  | 　 | [ ]  確認済み |
|  |  |  | 　 | [ ]  確認済み |
|  |  |  | 　 | [ ]  確認済み |
|  |  |  | 　 | [ ]  確認済み |

■分担研究者（データの集計・管理、統計・解析など、診療以外で研究者として参画する者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | フリガナ | 所属 | 職名等(番号)\*1 | 教育要件 \*2 |
|  |  |  | 　 | [ ]  確認済み |
|  |  |  | 　 | [ ]  確認済み |
|  |  |  | 　 | [ ]  確認済み |

\*1 職名等：以下の①～④に該当する職名等を番号で記載ください。

①本学に所属し本院にて診療に従事する常勤医師（助教相当以上の者）

 ②特定短時間勤務有期雇用職員又は短時間勤務有期雇用教職員（診療科長の推薦状が必要です）

 ③本学大学院医学系研究科大学院生（診療科長の推薦状が必要です）

　 ④上記①～③以外の者で、本学の職員、本院の総合研修センターに登録した者

\*2 教育要件：東大研究倫理セミナー受講証及びCREDITS修了証を確認して下さい。