西暦　　　　年　　月　　日

**研究者等の要件に関わる申告書**

東京大学医学部附属病院長殿

研究責任医師

氏名

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

下記の研究者等としての要件に関する事項を申告します。

なお、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

記

■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 |
|  |  |  | 　 | [ ]  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　（※）
3. 本学大学院医学系研究科大学院生　（※）
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（※）
	* 研究分担医師の場合は、診療科長による「医）研究 書式3-2　研究分担医師に関わる推薦書」が必要です。

**\*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。**