自主研究様式13号　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

**一括審査依頼書**

愛媛大学医学部附属病院臨床研究倫理審査委員会委員長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究代表者 | 所　　属： |  |
|  | 所属部署： |  |
|  | 職　　名： |  |
|  | 氏　　名： |  |

以下の研究計画について、貴委員会にて一括審査を受けたく依頼いたします。なお、本研究における研究組織の利益相反に関する情報を申告いたします。

1. **研究課題名**

|  |
| --- |
|  |

1. **研究に影響を及ぼしうる利益相反の有無**

□無：関連する企業は無い　→3)の「利益相反に関する情報」の記載不要

□有：関連する企業が有る　→企業名を下記に記入し、3)の「利益相反に関する情報」を記載

|  |
| --- |
|  |

　　※行は必要に応じて追加のこと

1. **一括審査を利用する研究機関の情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **研究機関の**  **名称** | **研究責任者の氏名**  **（所属部署・職名）** | **利益相反に関する情報** |
| 〇×大学 |  | □無：関連企業は有るが、申告すべきCOI状況は無い  □有：関連企業が有り、  申告すべきCOI状況が有るため  別途機関の見解を提出する  □有：関連企業が有る且つ  申告すべきCOI状況が有るため  研究計画書等に記載済み  □その他（） |
| 〇×大学 |  | □無：関連企業は有るが、申告すべきCOI状況は無い  □有：関連企業が有り、  申告すべきCOI状況が有るため  別途機関の見解を提出する  □有：関連企業が有る且つ  申告すべきCOI状況が有るため  研究計画書等に記載済み  □その他（） |