西暦　　　　年　　月　　日

**研究機関・研究責任者の要件確認書**

研究代表者

社会医療法人財団　池友会　福岡和白病院

(所属)

(氏名)　　　　　　　　　　　　殿

研究責任者

研究機関名：

氏　　　名：

下記臨床研究に参加する研究機関及び研究責任者について、要件事項を確認しましたので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 一括審査の要否 | 要　　 否 |

|  |  |
| --- | --- |
| **要　件** | **適否** |
| 臨床研究が実施できる体制が整っている。 | 適/否 |
| 臨床研究に関する必要な教育・研修を受けている。 | 適/否 |
| 利益相反の管理が適切にできる。 | 適/否 |
| 研究計画に精通している。 | 適/否 |