

地方厚生局長 殿

研究責任医師（多施設共同研究とし 氏 名 印
て実施する場合は、研究代表医師） 住 所

下記のとおり、特定臨床研究を実施したいので、臨床研究法第5条第1項の規定により実施計画を提出します。

記

1 特定臨床研究の実施体制に関する事項及び特定臨床研究を行う施設の構造設備に関する事項

(1) 研究の名称

| | |
|----------------------------|--|
| 研究名称 | |
| Scientific Title (Acronym) | |
| 平易な研究名称 | |
| Public Title (Acronym) | |

(2) 研究責任医師（多施設共同研究の場合は、研究代表医師）に関する事項等

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 研究責任医師（多施設共同研究の場合は、研究代表医師）の連絡先 Contact for Scientific Queries | 氏名 | |
| | Name | |
| | e-Rad番号 | |
| | 所属機関(実施医療機関) | |
| | Affiliation | |
| | 所属部署 | |
| | 所属機関の郵便番号 | |
| | 所属機関の住所 | |
| 研究に関する問い合わせ先 Contact for Public Queries | 担当者氏名 | |
| | Name | |
| | 担当者所属機関 | |
| | Affiliation | |
| | 担当者所属部署 | |
| | 担当者所属機関の郵便番号 | |
| | 担当者所属機関の住所 | |
| | Address | |
| 電話番号 | | |
| FAX番号 | | |
| 電子メールアドレス | | |
| 研究責任医師（多施設共同研究の場合は、研究代表医師）の所属する実施医療機関の管理者の氏名 | | |
| 当該特定臨床研究に対する管理 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| 者の許可の有無 | | |
| 認定臨床研究審査委員会の承認日（当該研究の実施が承認された日） | | |
| 救急医療に必要な施設又は設備 | | |

(3) 研究責任医師以外の臨床研究に従事する者に関する事項

| | | |
|----------------|---------|--|
| データマネジメント担当機関 | | |
| データマネジメント担当責任者 | 氏名 | |
| | e-Rad番号 | |
| | 所属 | |
| | 役職 | |

※複数該当がある場合は、上記の項目を複写して記載すること

| | | |
|-------------|---------|--|
| モニタリング担当機関 | | |
| モニタリング担当責任者 | 氏名 | |
| | e-Rad番号 | |
| | 所属 | |
| | 役職 | |

※複数該当がある場合は、上記の項目を複写して記載すること

| | | |
|---------|---------|--|
| 監査担当機関 | | |
| 監査担当責任者 | 氏名 | |
| | e-Rad番号 | |
| | 所属 | |
| | 役職 | |

※複数該当がある場合は、上記の項目を複写して記載すること

| | | |
|-----------|---------|--|
| 統計解析担当機関 | | |
| 統計解析担当責任者 | 氏名 | |
| | e-Rad番号 | |
| | 所属 | |
| | 役職 | |

| | | |
|---------------|---------|--|
| 研究・開発計画支援担当機関 | | |
| 研究・開発計画支援担当者 | 氏名 | |
| | e-Rad番号 | |
| | 所属 | |
| | 役職 | |

| | | |
|-------------|---------|--|
| 調整・管理実務担当機関 | | |
| 調整・管理実務担当者 | 氏名 | |
| | e-Rad番号 | |
| | 所属 | |
| | 役職 | |

| | | |
|-------|----|--|
| 研究代表医 | 氏名 | |
|-------|----|--|

| | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 師・研究責任医師以外の研究を総括する者 | Name | | |
| | e-Rad番号 | | |
| | 所属 | | |
| | Affiliation | | |
| | Secondary Sponsorの該当性 | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |

※複数該当がある場合は、上記の項目を複写して記載すること

(4) 多施設共同研究における研究責任医師に関する事項等

| | | |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 多施設共同研究機関の該当の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|

| | | | |
|--|--------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 研究責任医師の連絡先 | 氏名 | | |
| | Name | | |
| | e-Rad番号 | | |
| | 所属機関（実施医療機関） | | |
| | Affiliation | | |
| | 所属部署 | | |
| | 所属機関の郵便番号 | | |
| | 所属機関の住所 | | |
| 研究に関する問い合わせ先 | 担当者氏名 | | |
| | 担当者所属機関 | | |
| | 担当者所属部署 | | |
| | 担当者所属機関の郵便番号 | | |
| | 担当者所属機関の住所 | | |
| | 電話番号 | | |
| | FAX番号 | | |
| | 電子メールアドレス | | |
| 研究責任医師の所属する実施医療機関の管理者の氏名 | | | |
| 当該特定臨床研究に対する管理者の許可の有無 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 認定臨床研究審査委員会の承認日（当該研究責任医師の研究実施について記載された実施計画が委員会に承認された日） | | | |
| 救急医療に必要な施設又は設備 | | | |

※複数該当がある場合は、上記の項目を複写して記載すること

2 特定臨床研究の目的及び内容並びにこれに用いる医薬品等の概要

(1) 特定臨床研究の目的及び内容

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 研究の目的 | | |
| 試験のフェーズ | | |
| Phase | | |
| 症例登録開始予定日 | | |
| 第1症例登録日 | | |
| 実施期間 | | |
| 実施予定被験者数 | | |
| 試験の種類 | | |
| Study Type | | |
| 試験デザイン | | |
| Study Design | | |
| プラセボの有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 盲検の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 無作為化の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 保険外併用療養の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 臨床研究を実施する国(日本以外) | | |
| Countries of Recruitment | | |
| 研究対象者の 適格基準 Key Inclusion & Exclusion Criteria | 主たる選択基準 | |
| | Inclusion Criteria | |
| | 主たる除外基準 | |
| | Exclusion Criteria | |
| | 年齢下限 | |
| | Age Minimum | |
| | 年齢上限 | |
| Age Maximum | | |
| 性別 | | |
| Gender | | |
| 中止基準 | | |
| 対象疾患名 | | |
| Health Condition(s) or Problem(s) Studied | | |
| 対象疾患コード / Code | | |
| 対象疾患キーワード | | |
| Keyword | | |
| 介入の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 介入の内容 | | |
| Intervention(s) | | |
| 介入コード / Code | | |
| 介入キーワード | | |
| Keyword | | |
| 主たる評価項目 | | |
| Primary Outcome(s) | | |
| 副次的な評価項目 | | |
| Secondary Outcome(s) | | |

(2) 特定臨床研究に用いる医薬品等の概要

| | | | | |
|--------------------------------|-------------|---|-------------------------------|----------------------------------|
| 医薬品、医療機器、再生医療等製品の別 | | <input type="checkbox"/> 医薬品 | <input type="checkbox"/> 医療機器 | <input type="checkbox"/> 再生医療等製品 |
| 医薬品医療機器等法における未承認、 適応外、承認内の別 | | <input type="checkbox"/> 未承認 | <input type="checkbox"/> 適応外 | <input type="checkbox"/> 承認内 |
| 一般 名称 等 | 医薬品 | 一般名称（国内外で 未承認の場合は開発 コードを記載するこ と） | | |
| | | 販売名（海外製品の 場合は国名も記載す ること） | | |
| | | 承認番号 | | |
| | 医療機器 | 類別 | | |
| | | 一般的名称 | | |
| | | 承認・認証・届出番号 | | |
| | 再生医療等 製品 | 類別 | | |
| | | 一般的名称 | | |
| | | 承認番号 | | |
| 被験薬等提供者 | | 名称 | | |
| | | 所在地 | | |

3 特定臨床研究の実施状況の確認に関する事項

(1) 監査の実施予定

| | | |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 監査の実施予定の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|

(2) 特定臨床研究の進捗状況

| | | |
|-----------------|---|--|
| 特定臨床研究の 進捗状況 | 進捗状況 | |
| | Recruitment Status | |
| | 主たる評価項目に係 る研究結果 | |
| | Summary Results (Primary Outcome Results) | |

4 特定臨床研究の対象者に健康被害が生じた場合の補償及び医療の提供に関する事項

| | | | |
|-----------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 特定臨床研究の対象者への補償 の有無 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 補償 の内容 | 保険への加入の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 保険の補償内容 | | |
| | 保険以外の補償の内容 | | |

5 特定臨床研究に用いる医薬品等の製造販売をし、又はしようとする医薬品等製造販売業者及びその特殊関係者の当該特定臨床研究に対する関与に関する事項等

(1) 特定臨床研究に用いる医薬品等の医薬品等製造販売業者等からの研究資金等の提供等

| | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 特定臨床研究に用いる医薬品等の製造販売をし、又はしようとする医薬品等製造販売業者等の名称 | | |
| 研究資金等の提供の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 研究資金等の提供組織名称 | | |
| Source of Monetary Support/ Secondary Sponsor | | |
| Secondary Sponsorの該当性 | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |
| 研究資金等の提供に係る契約締結の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 契約締結日 | | |
| 物品提供の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 物品提供の内容 | | |
| 役務提供の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 役務提供の内容 | | |

※複数該当がある場合は、上記の項目を複写して記載すること

(2) 特定臨床研究に用いる医薬品等の医薬品等製造販売業者等以外からの研究資金等の提供

| | | |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 研究資金等の提供の有無 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 研究資金等の提供組織名称 | | |
| Source of Monetary Support | | |
| Secondary Sponsorの該当性 | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |

※複数該当がある場合は、上記の項目を複写して記載すること

6 審査意見業務を行う認定臨床研究審査委員会の名称等

| | |
|-------------------------------------|--|
| 当該特定臨床研究について審査意見業務を行う認定臨床研究審査委員会の名称 | |
| Name of Certified Review Board | |
| 上記委員会の認定番号 | |
| 住所 | |
| Address | |
| 電話番号 | |
| 電子メールアドレス | |
| 審査受付番号（上記委員会が当該臨床研究に発行した受付番号） | |
| 当該特定臨床研究に対する審査結果 | |

7 その他の事項

(1) 特定臨床研究の対象者等への説明及び同意に関する事項

| | |
|------------------------|--|
| 特定臨床研究の対象者等への説明及び同意の内容 | |
|------------------------|--|

(2) 他の臨床研究登録機関への登録

| | |
|-------------------|--|
| 他の臨床研究登録機関発行の研究番号 | |
| 他の臨床研究登録機関の名称 | |
| Issuing Authority | |

(3) 特定臨床研究を実施するに当たって留意すべき事項

| | | | |
|----|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 備考 | 国際共同研究 | <input type="checkbox"/> 該当する | <input type="checkbox"/> 該当しない |
| | 遺伝子治療等臨床研究に関する指針（平成27年厚生労働省告示第344号）の対象となる臨床研究 | <input type="checkbox"/> 該当する | <input type="checkbox"/> 該当しない |
| | 遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律（平成15年法律第97号）の対象となる薬物を用いる臨床研究 | <input type="checkbox"/> 該当する | <input type="checkbox"/> 該当しない |
| | 生物由来製品に指定が見込まれる薬物を用いる臨床研究 | <input type="checkbox"/> 該当する | <input type="checkbox"/> 該当しない |

(4) 全体を通しての補足事項等

| | |
|-------|--|
| その他 1 | |
| その他 2 | |
| その他 3 | |

(留意事項)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 とすること。
- 2 提出は、正本 1 通とすること。
- 3 1 の「e-Rad番号」、2 (1) の「対象疾患コード」、「対象疾患キーワード」、「介入コード」、「介入キーワード」については、任意記載とする。
- 4 1 (1) 「Scientific Title (Acronym)」の欄には、Scientific Title の後に、() でその略称を記載すること。「Public Title (Acronym)」の欄も同様とする。
- 5 1 (3) の研究責任医師以外の臨床研究に従事する者に関する事項の「氏名」の欄には、所属における担当部門の長ではなく、当該特定臨床研究における担当責任者を記載すること。
- 6 1 (3) 「研究代表医師・研究責任医師以外の研究を総括する者」、5 (1) 「研究資金等の提供組織名称」、5 (2) 「研究資金等の提供組織名称」については、個別の研究毎に Secondary Sponsor の該当性を判断し、記入すること。Secondary Sponsor は、Primary Sponsor (研究責任医師) が負う研究の実施に係る責務のうち、研究の立案や研究資金の調達に係る責務について、Primary Sponsor (研究責任医師) と共同してその責務を負う者とする。
- 7 2 (1) の「第 1 症例登録日」については、空欄で提出すること。ただし、第 1 症例登録後遅滞なく、法第 6 条第 1 項の規定による実施計画の変更を行うこと。
- 8 2 (2) の「一般名称等」については、医薬品、医療機器又は再生医療等製品のうち該当する項目にのみ記載すること。
- 9 3 (2) の「主たる評価項目に係る研究結果」については、空欄で提出すること。ただし、臨床研究法施行規則第 24 条第 2 項の主要評価項目報告書を作成後遅滞なく、法第 6 条第 1 項の規定による実施計画の変更を行うこと。
- 10 7 (1) の「特定臨床研究の対象者等への説明及び同意の内容」の欄には、その記載事項の全てを記載する事ができないときには、同欄に「別紙のとおり。」と記載し、別紙を添付すること。