|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （様式5） | | | | | |
| 臨床研究自己点検チェックシート | | | | | |
| 宛先 | 弘前大学医学部附属病院長　殿 | | | 報　告  年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 申請者 | | 所属 | 職名 | | 氏名    　　　　　　　　　　印 |
| 所属長 | | 所属 | 職名 | | 氏名  　　　　　　　　　　印 |
| 臨床研究課題名  （整理番号　　　－　　） | | | | | |
| １　医薬品等臨床研究審査委員会承認年月日  年　　　月　　　日 | | | | | |
| ２　実際の研究期間 | | | | | |
| ３　チェック事項 | | | | | |
| ①　被験者の保護を十分に行っている。　□Ｙ　□Ｎ　□その他  ②　対象者の選定に当たっては，不合理，不当又は不公平な方法を用いていない。　　　　　　　　　　　　　　□Ｙ　□Ｎ　□その他  ③　介入・侵襲を伴う研究の場合には，書面で例外なくインフォームド・コンセントを得ている。　　　　　　　□Ｙ　□Ｎ　□その他  ④　研究のエンドポイントの予測ができる段階に達している。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□Ｙ　□Ｎ　□その他  ・  ・  ・ | | | | | |