**・表紙（※最初のページを表紙とすること）**

**研　究　計　画　書**

**実　施　体　制**

**研究課題名（タイトル）**

所属機関名

研究責任者名（注：多機関共同研究の場合は研究代表者名）

版番号：第X.X版

作成年月日：20XX年X月X日

**※該当しない箇所は必ず削除すること。**

**1.研究の実施体制（研究機関の名称及び研究者等の氏名を含む。）**

**Ⅰ.本学のみで実施する場合**

**※研究責任者は本学の常勤者のみ**

|  |
| --- |
| **研究責任者の氏名・所属・職名等** |
| 所属・職名 | 氏名 |
| 順天堂大学医学部附属XXX病院○○科 | ○○ ○○○ |
| **研究分担者の氏名・所属・職名等** |
| 所属・職名 | 氏名 |
| 順天堂大学医学部附属XXX病院○○科 | ○○ ○○○ |

【連絡先】

〒113-8431東京都文京区本郷3-1-3　　順天堂大学医学部附属XXX病院

○○科　　TEL(直通) ○○　(内線)〇〇※代表番号の場合は内線番号またはPHSまで記載すること

**Ⅱ.多機関共同研究で、本学が代表機関の場合**

**※順天堂大学医学部医学系研究等倫理委員会で一括審査を受ける機関であるか**を明記し、各共同研究機関の研究責任者の役割および責任を明確にした上で記載すること。

**※研究代表者および研究責任者は本学の常勤者のみとし、研究代表者と兼ねることも可**

本研究は順天堂医院を代表機関とする多機関共同研究である。

本研究は以下の体制で実施する。

|  |
| --- |
| **研究責任者の氏名・所属・職名等** |
| 所属・職名 | 氏名 |
| 順天堂大学医学部附属XXX病院○○科 | ○○ ○○○ |
| 責任者の役割 |  |
| **研究分担者の氏名・所属・職名等** |
| 所属・職名 | 氏名 |
| 順天堂大学医学部附属XXX病院○○科 | ○○ ○○○ |

【連絡先】

〒113-8431東京都文京区本郷3-1-3　　順天堂大学医学部附属XXX病院

○○科　　TEL(直通) ○○　(内線)〇〇※代表番号の場合は内線番号またはPHSまで記載すること

【共同研究機関】※本学が共同研究機関の場合

例）順天堂大学医学部附属XXX病院○○科 　　（一括審査対象機関：□該当　　□非該当）

|  |
| --- |
| **研究責任者の氏名・所属・職名等** |
| 所属・職名 | 氏名 |
| 順天堂大学医学部附属XXX病院○○科 | ○○ ○○○ |
| 責任者の役割 |  |
| **研究分担者の氏名・所属・職名等** |
| 所属・職名 | 氏名 |
| 順天堂大学医学部附属XXX病院○○科 | ○○ ○○○ |

【連絡先】

住所：

連絡先：

【共同研究機関】※本学以外の研究機関が共同研究機関の場合

例）○○大学　○○科 　　（一括審査対象機関：□該当　　□非該当）

|  |
| --- |
| **研究責任者の氏名・所属・職名等** |
| 所属・職名 | 氏名 |
| ○○大学　○○科 | ○○ ○○○ |
| 責任者の役割 |  |
| **研究分担者の氏名・所属・職名等** |
| 様式11参照 |  |

**Ⅲ.多機関共同研究で本学以外の研究機関が代表機関の場合**

**※研究責任者は本学の常勤者のみ**

※多機関共同研究の場合には、各共同研究機関の研究責任者の役割及び責任を明確にした上で記載すること。

本研究は以下の体制で実施する。

【研究代表者】

例）○○大学　○○科

|  |
| --- |
| **研究責任者の氏名・所属・職名等** |
| 所属・職名 | 氏名 |
| ○○大学　○○科 | ○○ ○○○ |
| 責任者の役割 |  |
| **研究分担者の氏名・所属・職名等** |
| 様式11参照 |  |

【連絡先】

住所：

連絡先：

【本学における実施体制】

|  |
| --- |
| **研究責任者の氏名・所属・職名等** |
| 所属・職名 | 氏名 |
| 順天堂大学医学部附属XXX病院○○科 | ○○ ○○○ |
| 責任者の役割 |  |
| **研究分担者の氏名・所属・職名等** |
| 所属・職名 | 氏名 |
| 順天堂大学医学部附属XXX病院○○科 | ○○ ○○○ |

【連絡先】

〒113-8431東京都文京区本郷3-1-3　　順天堂大学医学部附属XXX病院

○○科　　TEL(直通) ○○　(内線)〇〇※代表番号の場合は内線番号またはPHSまで記載すること

**Ⅳ.以下は必要に応じて記載すること**

【既存試料・情報の提供のみを行う機関】（該当時のみ。不要な場合は削除）

※共同研究機関でない場合で、既存試料・情報の提供のみ行う機関はこちらに記載すること。

例）○○大学　○○科

|  |
| --- |
| **提供責任者の氏名・所属・職名等** |
| 所属・職名 | 氏名 |
| ○○大学　○○科 | ○○ ○○○ |

【連絡先】

住所：

連絡先：

【研究協力機関】（該当時のみ。不要な場合は削除）

※研究計画書に基づいて研究が実施される研究機関以外であって、当該研究のために研究対象者から新たに試料・情報を取得し（侵襲（軽微な侵襲を除く。）を伴う試料の取得は除く）、研究機関に提供のみを行う機関はこちらに記載すること。

例）○○大学　○○科

|  |
| --- |
| **提供責任者の氏名・所属・職名等** |
| 所属・職名 | 氏名 |
| ○○大学　○○科 | ○○ ○○○ |

【連絡先】

住所：

連絡先：

【測定施設】（該当時のみ。不要な場合は削除）

※検体を送付する施設があれば記載

例）○○大学　○○科もしくは株式会社○○

責任者名：

住所：

連絡先：

【研究事務局】（該当時のみ。不要な場合は削除）

例）○○大学　○○科

責任者名：

住所：

連絡先：

【業務委託機関】（該当時のみ。不要な場合は削除）

　 ①免疫染色実施機関（該当時のみ。不要な場合は削除）

株式会社○○

責任者名：

住所：

連絡先：

②エクソンシーケンス実施機関（該当時のみ。不要な場合は削除）

株式会社○○

責任者名：

住所：

連絡先：

③検体運搬・保管機関（該当時のみ。不要な場合は削除）

株式会社○○

責任者名：

住所：

連絡先：

（業務委託内容及び監督方法）

データマネジメント業務、○○業務を○○○株式会社に委託する。個人情報等への配慮や知り得た情報の取り扱い等については委託契約書において規定する。委託業務の実施状況等は、委受託契約書に基づいて監督する。