様式第６号

**特定臨床研究に関わる利益相反確認依頼書**

令和　年　月　日

兵庫県立尼崎総合医療センター院長　　様

申請者　　所　属

職　名

氏　名：　　　　　　　　　　　印

部署長　　職　名：

氏　名：　　　　　　　　　　　印

受付番号　　　―

|  |  |
| --- | --- |
| 申 請 事 項 名（研 究 課 題 名） |  |
| 本研究と関わりある企業名 |  |
| 研 究 の 形 態 | ☐ 当院医師が研究代表医師として、もしくは単施設研究での研究責任医師として実施する研究　(様式A、B、C、Eが必要)☐ 多施設共同研究で、当院医師が研究分担医師となって実施する研究（様式Cが必要） |
| 添　付　資　料 | □ 利益相反管理に係る様式（該当様式を電子メールで事務局へ送付済）※提出先：事務局 Ryou\_Takahashi@pref.hyogo.lg.jp |
| 研 究 分 担 者※尼崎総合医療センター内で研究分担医師になるもの全ての名前を記載 |  |
| 備　　　　　考 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

兵庫県立尼崎総合医療センター利益相反(COI)委員会委員長　様

上記事項についての確認を付託します。

兵庫県立尼崎総合医療センター院長