

院 長	臨床治験倫理 審査委員長	治験事務局長 兼担当副院長	治験事務局長補 佐	会 計 課 長			

(受付番号 : 08C015g) 様式 g - 1

平成 20 年 5 月 30 日

臨 床 研 究 実 施 申 請 書

*****病院
 病院長 ***** 殿

責 任 者
 所 属 : *****病院
 職 名 : 循環器科部長
 氏 名 : ***** 印

下記のとおり、臨床研究を実施いたしたく申請申し上げます。
 なお、本臨床研究は、臨床治験倫理審査委員会が承認し、これに基づく病院長からの指示・決定が通知された後に実施いたします。

記

コード名	
課 題 名	本邦における心血管インターベンションの実態調査(J-PCI) <small>(実施計画書 : Ver 1.0、作成年月日 : 2008 年 4 月 30 日)</small>
臨床研究の内容	本邦における心血管インターベンションの全容を正確に把握すること。
協力者	氏名 ***** (職名 検査科部長) 氏名 ***** (職名 核医学診療部部長) 氏名 ***** (職名 内科 医長) 氏名 ***** (職名 内科 医長)
実施予定期間	平成 20 年 7 月 より開始
予定症例数	同意が得られた心血管インターベンション症例全例を登録
審 査 資 料	実施計画書 症例報告書 同意文書及びその他の説明文書