

がん臨床研究支援事業研究参加申請書

(西暦) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

財団法人パブリックヘルスリサーチセンター  
理事長  
奥島 孝康 殿

フリガナ

申請者(研究責任者) 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

がん臨床研究支援事業の実施する下記臨床研究に参加の申し込みを致します。  
臨床研究実施の際には、プロトコル等に従って行います。

1. 研究課題名： J-ACTOR

根治切除不能または転移性の腎細胞癌患者に対する 1st line TKI 療法不応後の  
エベロリムスの有効性および安全性の検討

2. 申請者の所属施設

所属施設	
所属施設所在地	〒

3. 研究参加者の連絡先

参加医師名 (全員記載)	研究責任医師氏名	科名	職名
	E-mail: TEL:	FAX:	
その他医師氏名(参加医師全員を記載)			
参加CRC (御協力頂ける 場合)	代表CRC氏名	所属	職名
	E-mail: TEL:	FAX:	
その他CRC氏名(全員記載)			
資料送付窓口	研究資料の紛失を防ぐためにご指定ください。		

裏面につづく

4. 倫理（治験）審査委員会等の必要資料数についてご記入願います。

（データセンター（メディカル統計株式会社）より送付いたします）

実施計画書（説明文書・同意書、CRF 等付き）	部
研究代表施設の審査承認書（写）	
その他（ ）	

ご注意：参考文献（学術論文）は著作権法の保護下にありますので、データセンターからの提供・複写は致しかねます。

5. 院内承認手続きについて（いずれかにチェック✓をいただき、予定をご記入ください。）

：倫理審査委員会（審査予定 201\_\_年\_\_月）

\*開催は、：毎月、：2ヶ月に1回、：3ヶ月に1回、：\_\_回/年、：不定期

：治験審査委員会（審査予定 201\_\_年\_\_月）

\*開催は、：毎月、：2ヶ月に1回、：3ヶ月に1回、：\_\_回/年、：不定期

6. 本研究では、患者さんへのQOL調査を予定しておりますが、その際、参加いただける患者さんへお渡したただく図書カード（@1000）を用意いたします。

貴施設では、このような謝礼用金券を患者さんへお渡しいただくことは可能ですか。

：可能 ：施設規定により不可 ：その他（ ）

お知らせ・確認事項：

1. 本申請書に記載いただきました個人情報は、研究支援に関わる目的（研究者との連絡、メールニュース等の情報発信）への利用に限ります。
2. 財団法人パブリックヘルスリサーチセンターは、研究者(医師)主導の本臨床研究を支援する立場です。したがって、当財団が研究依頼者ではないことをご理解願います。

作成上の留意事項

1. 「申請者（研究責任医師）」について
  - (a) 施設内で腎細胞癌治療に責任を持つユニットの長であることが望ましく、症例調査進捗状況が把握できる医師としてください。
  - (b) 一医療機関における研究責任医師は一名としてください。分院等の場合は別医療機関の扱いとします。
2. 研究担当医師・CRC(Clinical Research Coordinator)は、研究に携わる可能性のある方は全員記入下さい。追加・変更のある場合、データセンターに連絡ください。
3. 本申請書は  
財団法人パブリックヘルスリサーチセンターCSPOR事務局  
〒169-0051 東京都新宿区西早稲田1-1-7-3F) まで返信用封筒にてご郵送ください。