西暦　○○年　○○月　○○日

臨床研究資金補助申請書

東京都済生会中央病院院長　殿

　　　　　　　　　　　申請者（研究責任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属　　○○○○　　　科（部）

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　○○○○　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| 所属長の印 |  |
| 1. 課題名   臨床研究倫理審査委員会に申込みした課題名を記載   1. 臨床研究倫理審査委員会承認番号   ○○－○○　委員会で承認された番号   1. 研究責任者（所属・職名・氏名）   所属・職名・氏名を記載   1. その他   獲得できる他の研究費があれば記載 | | |

※研究実施計画書・予算書・見積書（必要な場合）と一緒に臨床研究センターまでご提出ください