（様式１）

令和　　年　　月　　日

公立大学法人奈良県立医科大学

　理事長　細井　裕司　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

参　加　申　込　書

　「臨床研究モニタリング業務委託」にかかるプロポーザルに参加申し込みします。

（様式２）

事業者名

業　務　受　託　実　績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究課題名・jRCT臨床研究実施計画番号またはUMIN試験ID | 医療機関名 | モニタリング訪問施設数および症例数 | 契約期間 |
| ◆◆◆臨床研究・UMIN0000+++++ | ○○大学医学部附属病院 | ●施設△症例 | Ｈ○○年○○月～○○年○○月 |

※平成27年4月以降に5施設以上参加の多施設臨床試験においてモニタリングを含む業務を受託した実績をご記入下さい。

※1枚で記入しきれない場合は、複数枚使用していただいて結構です。