（様式３）

臨床研究モニタリング業務委託

に係る提案書

所在地

〒 -

事業者名

代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者の所属・職・氏名

担当者連絡先

　電話番号

　F A X

　E-mail

1事業執行体制

|  |
| --- |
| ■担当部署の従業員数  　　　名 |
| 内、本院担当者数  　　　名 |
| ■本事業実施責任者の実績（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に限る）  氏名：  保有資格等：   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 | 種別（医師主導治験or医師主導臨床研究） | モニタリング訪問施設数 | モニタリング症例数 | 契約期間 | | ◆◆◆臨床研究・UMIN0000+++++ | 例）A病院 | 医師主導臨床研究 | ５ | １５ | Ｈ○○年○○月～○○年○○月 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| ■業務執行体制（イメージ図）  ※業務執行体制に関するアピールポイントがあれば、あわせてご記入ください。  　実施責任者、実施担当者の所属・氏名を記載してください。 |
| ■即時対応依頼（質問等）への対応について  ※即時対応が可能か、またどのような体制で行うか等をご記入ください。 |

2 支援内容

|  |
| --- |
| ■支援内容概要 |

|  |
| --- |
| ■自由提案  ※上記提案以外の提案をご記入ください。 |