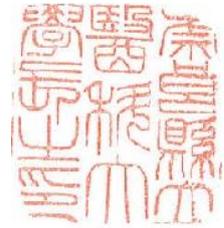


審査結果通知書

2020年9月8日

申請者 所 属 救急医学
職氏名 教授 福島 英賢 様
所属長 職氏名 教授 福島 英賢 様

奈良県立医科大学
学 長 細 井 裕 司



受付番号 2731

課 題 名 本邦におけるCOVID-19感染患者治療の疫学的調査

2020年6月16日付けで申請のあった上記課題の実施計画について、医の倫理審査委員会において審査のうえ、下記のとおり判定したので通知します。

1. 判定

- 非該当
- 許 可
- 条件付許可
- 変更の勧告
- 不許可

2. 条件・勧告又は理由



(事務局用記入不要)

奈良県立医科大学学長殿

研究等実施許可申請書

申請年月日 2020年6月16日

奈良県立医科大学医の倫理審査委員会規程第7条第1項に基づき、下記のとおり必要な書類を添え、研究等の実施許可を申請します。

申請者 所属・氏名	(所属)救急医学 (職・氏名)教授・福島 英賢	
所属長	(所属)救急医学 (職・氏名)教授・福島 英賢	
連絡先	e-mail hidetada@narmed-u.ac.jp	内線番号 3443
	公用携帯番号 66528	その他
研究の名称 (研究課題名)	本邦における COVID-19 感染患者治療の疫学的調査	
添付書類一覧 (添付する書類の□ を■にすること)	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 研究等実施許可申請書 2020年6月16日付 <input checked="" type="checkbox"/> 研究の概要 2020年6月16日付 <input type="checkbox"/> 研究実施計画書(プロトコル) 年月日付 <input type="checkbox"/> 研究対象者への説明文書・同意文書・同意撤回文書 年月日付 <input type="checkbox"/> 研究対象者への説明文書 年月日付 <input type="checkbox"/> 研究対象者の同意文書 年月日付 <input type="checkbox"/> 代諾者への説明文書 年月日付 <input type="checkbox"/> 代諾者の同意文書 年月日付 <input type="checkbox"/> 研究対象者・代諾者の同意撤回書 年月日付 <input type="checkbox"/> インフォームド・アセントのための説明文書 年月日付 <input checked="" type="checkbox"/> 研究対象者等への情報公開文書(オプトアウト用文書) 2020年6月16日付 <input type="checkbox"/> 他の研究機関への既存試料・情報の提供に関する届出書(様式10) 年月日付 <input type="checkbox"/> 利益相反管理委員会承認書写し又は利益相反自己申告書 年月日付 <input type="checkbox"/> 臨床研究保険見積書又は契約書写し 年月日付 <input type="checkbox"/> 研究責任者・分担者の教育・研修に関する受講歴又は受講証写し <input checked="" type="checkbox"/> 研究代表機関の承認文書写し(機関名:広島大学) 2020年5月12日付 <input checked="" type="checkbox"/> 研究代表機関の研究実施計画書(プロトコル) 2020年5月11日付 <input type="checkbox"/> 重篤な有害事象の手順書 年月日付 <input type="checkbox"/> モニタリング・監査の実施手順書 年月日付 <input type="checkbox"/> 未承認医薬品(試験薬)・医療(試験)機器概要 <input type="checkbox"/> 既承認医薬品・医療機器の添付情報文書 <input checked="" type="checkbox"/> その他(資料名:評価項目一覧) 2020年5月11日付 <input checked="" type="checkbox"/> その他(資料名:日本救急医学会専門医指定施設一覧) 2019年1月28日付 	