(様式6)　**審査申込確認書(学外用)**

審査番号

申込年月日(西暦)　　　　　　年　　　　月　　　　日

東京大学大学院医学系研究科・医学部長　殿

**機関代表者または所属長**

**（請求書の宛名）**

機関名

職位

ご署名または記名捺印

**下記のとおり研究審査の委託を申込みいたします。**

**（太枠内のご記入をお願いします）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究責任者  ※当該研究の研究者情報をご記入ください | 所属  職位  氏名  電話  Email |  |
| 連絡担当者 | □研究責任者  □実務責任者(研究事務局)  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 所属  職位  氏名  電話  E-mail | |
| 研究課題名 |  | |
| 東京大学との関係 | 貴機関と東京大学との関係  □関係なし    □関係あり（共同研究等） | |
| 機関の種類 | 貴機関の種類  □教育機関　　□研究機関　　□医療機関　　□営利企業 | |
| 審査施設数 | 審査施設数  □東京大学が主施設  □東京大学が分担施設  □多施設共同研究（一括審査） | |

－　１　－

|  |  |
| --- | --- |
| 請求書お送り先 | 所属  職位  氏名  住所〒  電話  E-mail |

|  |  |
| --- | --- |
| 審査手数料  ※請求のありました金額をご記入ください | **円** |

**審査手数料一覧**



|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究審査委員会 |  |
| 申請区分 | 新規審査手数料 |
| 東京大学以外が主たる研究機関 | 300,000 |

－　２　－

【振込口座】

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名 | 三井住友銀行　東京第一支店 |
| 口座番号 | 普通預金　９５１９２２７ |
| 口座名 | コクリツダイガクホウジン　トウキョウダイガク |
| 国立大学法人東京大学 |

**こちらに振込用紙、振込証明書、ＷＥＢ明細　等々の写しを貼付して下さい**

**注意事項**

　　(1) 審査手数料については個別に協議の上、定めさせていただきます。

　　(2) 審査期間は2ヶ月前後を見込んでおりますが、場合によってはもう少しお時間をいただくことも

　　　 ございます。

**お問い合わせ先**

　　東京大学　医学部倫理委員会　事務局（研究倫理支援室）

　　〒113-0033　東京都文京区本郷7-3-1

E-mail　hy-ohrs@m.u-tokyo.ac.jp

TEL　03-5841-3600（内線23600）

－　３　－