

受付番号	
------	--

## 臨床研究施設利用申請書

年 月 日

静岡県立大学附属臨床研究施設運営委員会委員長 殿

(申請者) \* 研究代表者

所属・職名

氏 名

印

(所属責任者)

所属・職名

氏 名

印

研究倫理審査 委員会	受付番号									
	承認番号		(審査中の場合は、承認後記載してください。)							
研究 課題名										
職種 ・ 氏名	※採血等の業務を行う者の氏名・職種 (医師、看護師、臨床検査技師)									
共同 研究者 氏名	※共同研究者の氏名 (臨床研究施設運営委員会委員等である医師の氏名を記入願います。)									
利用 計画	(利用計画を具体的に記入願います。)									
利用 日時	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
その他特記事項 (機材・備品等の使用希望, 作業補助を必要とする場合は, その内容等についても記入願います。)										
※委員会記入欄										

注1: 申請書に記載いただきました内容については、施設運営のため連絡に使用する以外には、一切使用いたしません。

注2: **必ず研究計画書を添付してください。**

注3: 申請書の提出と同時に、自らユニバーサルパスポートに利用期間を入力してください。

注4: 利用日時欄が不足する場合は、別紙にすべての利用期間を記入して添付してください。