臨床研究目的での臨床検査実施有無の確認書兼研究費負担申請書

年　月　日

診療科名:　　　　　　　　　診療科部長氏名:　　　　　　　　（署名又は確認印）

臨床研究目的での臨床検査実施:（　　　）無し、（　　　）有り　（研究費負担予定検査が無い場合は、無しと回答お願いします）

課題名	略称（or 番号等）	担当代表者名	研究費名（奨学寄附・受託研究等）	負担予定総額
（特に研究課題名を設定されていない場合は、入院時あるいは退院時等の略称をご記載ください）				

検査項目名	課題略称	全測定回数/期間	保険診療での測定回数	研究費での測定回数
（単回測定でも、病名等にそぐわない適応外検査や網羅的検査依頼の場合もご記入をお願いします）				

課題名あるいは検査項目名が書ききれない場合は、コピーして、課題名あるいは項目名以下の記載をお願いします。