ICF共通テンプレート　宮崎大学版作成についてのご案内

2026/3/4

項　目	記載事項
表紙	
お問合せ先の記載内容	治験責任医師 　診療科： 　氏名： 　連絡先：（0985）85-△△△△（部署名） 治験担当医師 　氏名： 　連絡先：（0985）85-△△△△（部署名） 相談窓口 　平日9：00～17：00 　臨床研究支援センター　治験部門 　治験コーディネーター： 　連絡先：（0985）85-9852 　平日17：00以降の夜間および土日・祝日 　○○（診療科）病棟（0985）85-○○○○
フッター	
整理番号の追記	治験実施計画番号の上に整理番号を記載する 例）　整理番号 2025-XX 　治験実施計画番号：○○○○○○
A.治験の要約	
治験審査委員会の記載内容	名称：宮崎大学医学部附属病院治験審査委員会 種類：治験審査委員会 設置者：病院長 所在地：宮崎県宮崎市清武町木原5200番地 治験審査委員会の手順書、委員名簿、会議記録の概要などについては以下で確認できます。 　臨床研究支援センター治験部門ホームページ （http://www.med.miyazaki-u.ac.jp/mmcchiken/）
お問い合わせ先	削除する（表紙に記載するため）
その他	
臨床研究コーディネーター	文中の「臨床研究コーディネーター」は全て「治験コーディネーター」に変更する
同意文書　（HPにひな形がございます）	
署名欄_ご本人：生年月日の記入欄を削除	同意日： 　20　　年　　月　　日 署名：
「代諾者」「代筆者」「立会人」記載欄	不要な「代諾者」「代筆者」「立会人」記載欄は削除する

複写式：「管理課保管用」を削除 、3枚複写に変更	「診療録保管用」「事務局保管用」「治験参加者用」の順序で3枚の複写式にする
製本方法：「管理課保管用」を削除	ICFの巻末に綴じ込み、「診療録保管用」「事務局保管用」を切り離せるように製本する
治験参加に伴う負担軽減費の振込先について（HPにひな形がございます）	
「また、確認のために、～～～場合があります。」の文章を右記へ変更	「また、ゆうちょ銀行の場合、通帳の見開きページのコピーをご提出いただきます。」
金融機関等の記入欄の前に、「確認日」「本人氏名」「生年月日」「住所」欄を作成	確認日　20　　年　月　日 本人氏名　　生年月日 住所
複写式	「事務局保管用」「管理課保管用」「治験参加者用」の順序で3枚の複写式にする
製本方法	ICFの巻末に綴じ込み、「事務局保管用」「管理課保管用」を切り離せるように製本する