西暦　　　年　月　日

研究実施医療機関施設概要

|  |
| --- |
| １．研究機関名　　　フリガナ　　　　　　　　　　名　　称 |
| ２. 研究機関の長　　フリガナ　　　　　　　　　　氏　 名 |
| ３．所在地　　　住所　〒　　　電話　　　　　　　　　　　FAX |
| ４. ホームページアドレス |
| ５．診療科 |
| ６. 病床数　　　　　　　　　　　床 |
| ７．一日平均外来患者数　　　　　名 |
| ８. 職員数　　常勤医師　　　 　名看護師　　　 　 　名その他(　　　)　　　　　名 |
| ９．主要な医療設備 |
| 10. 同意説明　実施場所　　　　　　　　　　□有　　□無　　　　　　　第三者へ情報漏洩の可能性　　□有　　□無　　□該当せず |
| 11. 研究関連資料　保管場所　　　　□有　　□無　　　　　　　　　保管場所の施錠　□有　　□無 |
| 12. 緊急時の対応　　□ 院内で対応□ 他の医療機関で対応（医療機関名：　　　　　　　　　　） |
| 13．備考・その他 |