別紙

令和　　年　　月　　日

独立行政法人医薬品医療機器総合機構

理事長　殿

令和６年度治験エコシステム導入推進事業実施機関応募書

　標記について、次により、関係書類を添えて事業実施機関に応募します。

１．本事業に対する熱意・治験実施状況(様式１)

２．事業概要・到達目標・実施計画・スケジュール(様式２)

３．事業を実施するための体制(様式３)

応募機関名

医療機関等[[1]](#footnote-2)注）の名称：

代表者：

住所：

(様式１)

**本事業に対する熱意・治験実施状況**

|  |
| --- |
| **本事業に対する熱意** |
| ※現在の治験実施環境について、何が課題であるか、機構と一緒にどのように変えたいか等をお書きください。 |
| **治験実施状況** |
| ※以下についてご回答ください。  直近３年間に新たに受託した企業治験の試験数：　　試験  直近３年間に新たに開始した医師主導治験の試験数：　　試験  現在の治験事務局担当者及び治験コーディネーターの合計の人数：　　人 |

(様式２)

**事業概要・到達目標・実施計画・スケジュール**

|  |
| --- |
| **事業概要・到達目標** |
|  |
| **関連医療機関（20施設程度を想定）の構成** |
| 国立大学病院：　　施設　　　　　私立大学病院：　　施設  国立病院：　　施設　　　　　　　公立病院：　　施設  上記施設以外の病床数20床以上の医療機関：　　施設  上記施設以外の病床数19床以下の医療機関：　　施設 |
| **実施計画・スケジュール** |
| ※関連医療機関に対する実態調査の内容等を含めて記載してください。 |

(様式３)

**事業を実施するための体制**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事務連絡担当者** | 氏名 |  |
| 部署  役職 |  |
| 連絡先 | TEL) |
| E-mail) |
| **経理事務担当**  **責任者** | 氏名 |  |
| 部署  役職 |  |
| 連絡先 | TEL) |
| E-mail) |
| **事業に従事する者の人数** | |  |
| **代表医療機関名**  **※医療法人グループの場合** | |  |
| **事業実施・事務処理・管理体制・実施経費（概算）** | | |
|  | | |
| **組織図** | | |
|  | | |

1. 注） 医療機関等は、医療機関又は医療法人グループを示す。 [↑](#footnote-ref-2)