|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **[임상연구 코디네이터(CRC) 지원 신청서]** | | | | | | | | |
| 과 제 명 |  | | | | | | | |
| 연 구 담 당 |  | 성 명 | 소 속 | | 직 위 | 연락처 | | |
| 시험책임자 |  |  | |  |  | | |
| CRA |  |  | |  |  | | |
| 과 제 구 분 | 위탁연구과제(SIT) 개인학술과제(IIT) | | | | | | | |
| 연 구 비 | 유(총액: 원) \*간접비 포함  무 | | | | | | | |
| 의뢰기관 | Sponsor |  | | CRO | |  | | |
| 연 구 내 용 | 연구형태 | 임상1상  임상2상  임상3상  임상4상  기타( ) | | | | | | |
| 연구구분 | 단일 기관 연구  국내 다기관 연구  다국가 연구 | | | | | | |
| 연구대상 | 환자1상  건강자원자 | | 본원예정대상자수 | | | | 명 |
| CRC  요청업무 | delegated of CRC role  기타 ( ) | | | | | | | |
| IRB 초기심의  승인여부 | 승인 (승인일: ) | | | IRB No. | | | G | |
| 미승인 ( IRB 초기심의 제출 예정일: ) | | | | | | | |
| 연구예상기간 | 년 월 일 부터 ~ 년 월 일 까지 (SIV~IRB 초기심의 승인 연구기간)  \*연구 협약기간은 IRB 초기심의 승인 연구기간으로 한다. | | | | | | | |
| 연구예상시작일 | 년 월 일 | | | | | | | |

**위와 같이 연구간호사(코디네이터) 지원을 요청합니다.**

|  |  |
| --- | --- |
| 신청일 | 년 월 일 |
| 시험 책임자 | (인) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 접 수 번 호 |  | 접 수 일 |  | 접 수 자 |  |

**[임상시험센터 담당자 기입란]**

**\*필수제출: 임상연구코디네이터(CRC)지원신청서,임상시험계획서 제출(국문본),IRB 승인통지서**

**별첨2]**

|  |
| --- |
| **개인정보 수집 및 이용 동의서** |

|  |
| --- |
| **[ 개인정보의 이용 및 수집 목적 ]**  개인정보를 다음의 목적을 위해 처리합니다. 처리한 개인정보는 연구과제 진행관리 및 연구 참여자 정보확인을 주요 목적으로 이용되고, 다음의 목적 이외의 용도로는 사용하지 않으며 이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 받습니다.   * EMR 및 OCS 접근 권한 부여(임상시험 과제관리 프로그램에 사용자 정보등록 및 관리) * CRC 지원 신청서 및 협약서 권한 부여 * 임상 연구 관련 서류 및 의무기록 열람, SOP 열람, 문서 열람 관련 사용 권한 부여 * 검체 보관 및 장비 사용 권한 부여 * 임상 연구 병동 이용 신청서 및 지원 협약서 권한 부여 * 센터 시설 (대회의실 / 소회의실) 이용 및 시설 투어 권한 부여 * 공지 및 전달사항 처리시 개인 연락처 및 이메일로 내용 전달   **[ 개인정보의 수집 항목 ]**   * 시험 책임자 및 시험 담당자 : 성명, 진료과/부서, 소속, 직위, 연락처, 이메일 * 신청자 및 이용자 : 성명, 회사명(소속), 직위/역할, 연락처, 이메일 * 의뢰기관 : Sponsor, CRO   <개인정보 수집방법 : 사용자 등록 및 관련 신청서를 담당자에게 제출>  **[ 개인정보의 보유 및 이용기간 ]**   * 2년 (SOP 지침에 따름) |

**개인정보 수집 및 이용 안내에 동의합니다. □**

※ 귀하는 위 항목에 대하여 동의를 거부할 수 있습니다. 동의 후에도 철회가 가능하며 수집하는 개인 정보는 원활한 서비스를 위해 필요한 최소한의 정보로서 동의를 거부하실 경우에는 제공되는 서비스 이용에 제한될 수 있음을 알려드립니다.

「개인정보보호법」등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의함.

서 명 일 : 20 년 월 일

성 명 : (서 명)

※ 본 동의서는 자필 서명 후 직접 또는 스캔하여 메일로 보내주시거나 팩스로 발송하여 주시기 바랍니다.

**가천대 길병원 임상시험센터장**