

C18-

受付日

受付 No.

一般社団法人日本臨床薬理学会認定CRC試験（認定*）申請書（1/7）

*この申請書は日本臨床薬理学会認定CRC制度による認定申請書を兼ねるので、認定CRC試験に合格した場合には認定申請書を改めて提出する必要はありません。

日本臨床薬理学会 理事長 殿
認定CRC制度委員会 委員長 殿

日本臨床薬理学会認定CRC制度による認定CRC試験（認定）を受けたいので申請いたします。

(西暦) 年 月 日

ふりがな

申請者氏名 印 生年月日(西暦) 年 月 日

氏名(ローマ字表記)

申請者の所属施設

所属名(部局名を含む):

所属英文名:

所在地: 〒

TEL:

FAX:

E-mail:

(不備等確認の連絡をすることがありますので記載願います)

派遣勤務先(書類送付先として派遣先を希望する場合のみ記載)

勤務先名(部局名を含む):

所在地: 〒

TEL:

FAX:

自宅

住所: 〒

TEL:

FAX:

書類送付先(希望の送付先に○印): () 所属施設 () 派遣勤務先 () 自宅

最終卒業(修了)学校名: (西暦) 年 月卒業

資格(薬剤師、看護師、臨床検査技師等の資格を有する場合、以下に記入してください)

免許証番号(薬剤師、看護師、臨床検査技師、その他[]) 第 号

免許登録年月日(西暦) 年 月 日

日本臨床薬理学会 会員番号 () (会員の場合のみ記入)

認定CRC番号() *認定失効したCRC再受験者のみ(直近の認定証コピー添付のこと)

認定期間: 2019年1月1日~2023年12月31日

日本臨床薬理学会認定CRC試験（認定）申請書（2/7）

履 歴 書

申請者氏名

印

職歴（期間を含む）のみ記入してください。すべて西暦年月で記載してください。

日本臨床薬理学会認定CRC試験（認定）申請書（3/7）

CRC としての実務経験

申請者氏名

印

1. CRC としての実務経験

- ① 専任CRCとして2年以上（専任とは、CRCとして週38.75時間相当の勤務）
- ② ①と同等の実務経験があること。専任でない場合や複数施設に勤務の場合は契約状況が明確にわかるよう、以下に記載してください（必要に応じて**※証明する資料**を添付のこと）。

なお治験薬管理業務、治験事務局業務はCRCの業務とはみなしませんのでご注意ください。

記載例) 1. 一箇所勤務の場合

西暦 年○月○日～現在に至る

○○大学病院臨床研究センター

2. 複数箇所勤務の場合

西暦 年○月○日～ 年○月○日

□□病院 月～水 9:00-17:00

西暦 年○月○日～ 年○月○日

株式会社△△(SMO)にて勤務

西暦 年○月○日～ 年○月○日

○○大学病院にて専任CRCとして勤務現在に至る

所属機関・役職： _____

署名： _____

印

※証明する資料とは

- ①大学および病院の場合には上記署名欄に病院長または治験センター長等の署名、入力の場合は押印
- ②SMO所属の場合には在籍証明または派遣証明(所属先の押印のある書類)を添付

日本臨床薬理学会認定CRC試験（認定）申請書（4/7）

CRC としての活動実績 1

申請者氏名

印

2. CRC としての実務実績一覧

必要とする基準を満たす業務実績を有すること（担当プロトコール数：5つ以上、担当症例数：10症例以上であること）の詳細を以下に記入してください。スペース不足の時は本用紙をコピーしてください。

担当したすべてのプロトコールを記載する必要はありません。

同一プロトコールの臨床研究を複数の施設で担当した場合は1つと数えます。

臨床研究協力者リストのコピーを申請書末尾に添付してください。

No.) 担当プロトコール名

担当症例数	実施施設名	臨床研究チーム 責任医師名	臨床研究協力者 指名年月日
記載例			
10	〇〇大学附属病院	〇〇太郎	2×××年〇月〇日

日本臨床薬理学会認定CRC試験（認定）申請書（5/7）

CRC としての活動実績 2

申請者氏名

印

3. 学会の指定する CRC 研修会（CRC 連絡協議会に加盟している団体の主催する CRC 養成研修会を含む）、CRC と臨床試験のあり方を考える会議、本学会の学術総会（年会）等への参加実績を有することを記入してください。

※それぞれの参加を証明できるもの（詳しくは要項を参照）を添付のこと（A4 判用紙に貼付またはコピー）。

- 1) 学会の指定する CRC 養成研修会(参加：1回20点、ただし5日以上の実習参加も含む)
- | | | | | | | |
|-----------------|---|---|-----|---|-----|---|
| 東京大学主催(文部科学省後援) | 参 | 加 | () | 回 | () | 点 |
| 日本病院薬剤師会主催 | 参 | 加 | () | 回 | () | 点 |
| (独)国立病院機構本部主催 | 参 | 加 | () | 回 | () | 点 |
- 2) CRC と臨床試験のあり方を考える会議
- | | | | | | | |
|---------------|---|---|-----|---|-----|---|
| (参加：1回20点) | 参 | 加 | () | 回 | () | 点 |
| (筆頭発表者：1回10点) | 発 | 表 | () | 回 | () | 点 |
| (共同発表者：1回5点) | 発 | 表 | () | 回 | () | 点 |
- 3) 日本臨床薬理学会学術総会
- | | | | | | | |
|---------------|---|---|-----|---|-----|---|
| (参加：1回20点) | 参 | 加 | () | 回 | () | 点 |
| (筆頭発表者：1回10点) | 発 | 表 | () | 回 | () | 点 |
| (共同発表者：1回5点) | 発 | 表 | () | 回 | () | 点 |
- 日本臨床薬理学会臨床薬理学講習会
- | | | | | | | |
|------------|---|---|-----|---|-----|---|
| (参加：1回10点) | 参 | 加 | () | 回 | () | 点 |
|------------|---|---|-----|---|-----|---|
- 日本臨床薬理学会地方会
- | | | | | | | |
|--------------|---|---|-----|---|-----|---|
| (参加：1回10点) | 参 | 加 | () | 回 | () | 点 |
| (筆頭発表者：1回5点) | 発 | 表 | () | 回 | () | 点 |
| (共同発表者：1回2点) | 発 | 表 | () | 回 | () | 点 |
- *ただし、同一年内（1月1日～12月31日）で各地方会参加等での申請可能な単位の上限は20点とする
- 4) その他、学会の認める研修会や講習会
- | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|-----|---|-----|---|
| A. 3日(21時間)以上の研修会・講習会 | 参 | 加 | () | 回 | () | 点 |
| (参加：1回10点) | | | | | | |
| B. 半日(4時間)以上3日(21時間)未満の研修会・講習会 | 参 | 加 | () | 回 | () | 点 |
| (参加：1回5点) | | | | | | |

ただし4)は上限を20点とする（合計50点以上）

合 計 () 点

「CRC と臨床試験のあり方を考える会議」または「日本臨床薬理学会学術総会」に1回以上参加し、1), 2), 3)の合計点数が30点以上を占めることが必要である。

日本臨床薬理学会認定CRC試験（認定）申請書（6/7）

CRC としての活動実績 3

申請者氏名

印

4. 経験したCRCとしての実務項目（チェックリスト）*

注) これら項目すべての経験を求めているものではありません。

No.	実務事項	該当項目に○印
1	臨床研究の実施準備・依頼者へのヒアリングなど	
2	臨床研究開始時ミーティングへの参加	
3	IRB への関与・会議への参加	
4	被験者のリクルート・スクリーニング	
5	インフォームド・コンセントの補助	
6	被験者ケア・相談業務	
7	被験者スケジュールの管理	
8	被験者データの収集とフォローアップ	
9	臨床検査材料の採取と結果への対応	
10	有害事象発生時の対応	
11	症例報告書（CRF）作成の補助	
12	モニタリング・監査への対応	
13	臨床研究チームの責任医師が保管すべき必須文書の管理補助	
14	臨床研究関連者（部署）間のコーディネーション	
15	その他	

* 複数の医療機関または複数の臨床研究チームの責任医師のもとで治験（試験）を担当している場合は、合計 5 プロトコル以上となるように本用紙を複数枚用意し、それぞれの所属長（病院長・治験センター長等医療機関責任者）または責任医師からの署名（記名・押印）が必要である。

所属長（病院長・治験センター長等医療機関の責任者）または 所属機関・役職

参加した臨床研究チームの責任医師による活動の証明

署名

印

日本臨床薬理学会認定CRC試験（認定）申請書（7/7）

所属長（病院長・治験センター長等）または参加した臨床研究チームの責任医師による推薦状*

申請者氏名

印

推薦理由（CRCの実務経験が認定CRCに必要な必須条件を満たしていることを保証する文言を必ず含めてください）

推薦年月日（西暦） 年 月 日

推薦者氏名（署名または記名・押印） _____ 印

推薦者の所属・役職 _____

推薦者の連絡先 電話： _____

FAX： _____

* 複数の医療機関または複数の責任医師のもとで治験を担当している場合は、合計5プロトコール以上となるよう本用紙を複数枚用意しそれぞれの医療機関責任者もしくは治験責任医師の署名をもらうことが望ましいが、困難な場合は1通以上を提出、申請者がSMOの場合の署名は社長/支社長でも可とする。

認定 CRC 申請書 書類送付時チェックシート

*ご提出前に同封内容を再度確認してください。
本チェックリストは提出不要です。

	書 類	チェック	備 考
申請書様式			
1/7~7/7	本人署名・捺印		
1/7	連絡先		不備等連絡可能なメールアドレス
その他同封物			
3/7 別添	在籍証明等		必要に応じて
4/7 別添	協力者リスト		
5/7 別添	学会/あり方会議/研修会等の参加証明書等		
受験票	写真貼付		写真はサイズ 4cm×3cm、 裏面に記名
返信用封筒	長 3 号、392 円の切手貼付 2 組		受験票送付用、合否通知用
振込控コピー	受験料		
改姓証明	氏名変更手続きをした運転免許証の表裏面 コピー 旧姓・新姓の両方が記載されている戸籍抄本 のコピー等		必要に応じて