

# 《 記載例 》

受付日

受付 No. 22-

## 一般社団法人日本臨床薬理学会認定CRC更新申請書 (1/4)

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の更新を申請いたします。

(西暦) 2022 年 ● 月 ●● 日

ふりがな

申請者氏名 ●●●● ●●●●  
(署名または記名押印) ●●●● ●●●●

印

氏名 (ローマ字表記)

日本臨床薬理学会認定CRC番号: ●●●●●● 会員番号: ●●●●●●●● (会員の場合)

申請者の所属機関

所属名 (部局名を含む): ●●●●病院●●●●部

所属英文名:

所在地: 〒●●●●-●●●●●●  
●●●●県●●●●市●●●●区●●●● ●●-●●-●●●●

TEL:

FAX:

派遣勤務先 (書類送付先として派遣勤務先を希望する場合のみ記入してください)

勤務先名 (部局名を含む):

所在地: 〒

TEL:

FAX:

自宅 (必ず記入してください)

住所: 〒●●●●-●●●●●●  
●●●●県●●●●市●●●●区●●●● ●●-●●-●●●●

TEL:

FAX:

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

連絡先 E-mail: ●●●●@x x x .ne.jp 記載ミスがあるとご連絡が取れませんので、ご確認ください

※1(小文字のエル)、1(数字の一)等がわかるようにご記入ください。

(不備等確認の連絡をすることがありますので必ず記入してください)

認定期間: 2023年1月1日~2027年12月31日

# 日本臨床薬理学会認定CRC更新申請書 (2/4)

## CRC としての業務実績

申請者氏名 ●●●●  
(署名または記名押印)

印

### 1. CRC としての業務実績

認定 CRC の更新の要件（認定または更新を受けた日以降の担当プロトコール数：10 つ以上、担当症例数：30 症例以上であること）を満たす業務実績を有することを以下に記入してください。

- ・ 治験／臨床試験協力者の指名日順に記載してください。
- ・ 同一プロトコールの治験／臨床試験を複数の医療機関で担当した場合は1つのプロトコールと数えます。
- ・ 治験／臨床試験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。
- ・ 治験／臨床試験協力者の指名日が認定または更新を受けた日より前で、認定または更新を受けた日以降も担当を継続している場合はその旨に記載してください。

No.)1

担当プロトコール名： ※添付している協力者リストの記載と相違がある場合は受付できません。

実施医療機関名： ●●大学附属病院

臨床研究チーム責任医師名： ※添付している協力者リストの責任医師名をご記載ください

担当症例数： \_\_\_ 症例（認定または更新を受けた日以降のみ）

No.)2 例： 治験／臨床試験協力者の指名日が認定または更新を受けた日より前の場合

担当プロトコール名： ●●●●

実施医療機関名： ●●大学附属病院

臨床研究チーム責任医師名： ●● ●●

担当症例数： 5 症例（認定または更新を受けた日以降のみ） 「認定日以降も担当継続中」（記載例）

No.)3

担当プロトコール名：

実施医療機関名：

臨床研究チーム責任医師名：

担当症例数： \_\_\_ 症例（認定または更新を受けた日以降のみ）

No.)4

担当プロトコール名：

実施医療機関名：

臨床研究チーム責任医師名：

担当症例数： \_\_\_ 症例（認定または更新を受けた日以降のみ）

No.)5

担当プロトコール名：

実施医療機関名：

臨床研究チーム責任医師名：

担当症例数： \_\_\_ 症例（認定または更新を受けた日以降のみ）

No.)6

担当プロトコール名：

実施医療機関名：

臨床研究チーム責任医師名：

担当症例数： \_\_\_ 症例（認定または更新を受けた日以降のみ）

No.)7

担当プロトコール名：

実施医療機関名：

臨床研究チーム責任医師名：

担当症例数： \_\_\_ 症例（認定または更新を受けた日以降のみ）

---

No.)8

担当プロトコール名：

実施医療機関名：

臨床研究チーム責任医師名：

担当症例数：\_\_\_\_症例（認定または更新を受けた日以降のみ）

---

No.)9

担当プロトコール名：

実施医療機関名：

臨床研究チーム責任医師名：

担当症例数：\_\_\_\_症例（認定または更新を受けた日以降のみ）

---

No.)10

担当プロトコール名：

実施医療機関名：

臨床研究チーム責任医師名：

担当症例数：\_\_\_\_症例（認定または更新を受けた日以降のみ）

---

No.)\_\_\_\_（本申請書（2/4）に記入するプロトコールの連番を記入してください）

担当プロトコール名：

実施医療機関名：

臨床研究チーム責任医師名：

担当症例数：\_\_\_\_症例（認定または更新を受けた日以降のみ）

---

所属長による業務実績の証明\*

年月日（西暦） 2022 年 5 月 15 日

署名または記名押印： \_\_\_\_\_ 臨床 太郎 \_\_\_\_\_ 印

所属機関・役職名： \_\_\_\_\_ ●●大学附属病院 臨床研究センター

※治験・臨床研究支援部門等の責任者であることがわかる役職名を記載  
臨床研究センター・センター長

---

連絡先 TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

\*申請者が医療機関に所属の場合は、病院長／医療機関の治験・臨床研究支援部門等の責任者による証明とする。申請者がSMOの所属の場合は、所属するSMOの社長／支社長による証明でも可とする。

※SMOの所属の場合社長または支社長であることがわかるようにご記載ください

（例：●●マネージャー、●●室長などの不明確なものは不可。●●マネージャー（支社長）なら可。）

# 日本臨床薬理学会認定CRC更新申請書 (3/4)

## CRCとしての教育受講実績

申請者氏名

印

(署名または記名押印)

### 2. CRCとしての教育受講実績

CRCと臨床試験のあり方を考える会議、日本臨床薬理学会の学術集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(詳しくは更新手続きのお知らせを参照)を申請書末尾に添付してください(A4判用紙にコピーを貼付またはコピー)。

**※見込み申請の場合は下記のように記載し点数を加算してください。**

#### 「2022年あり方を考える会議参加予定」(記載例)

##### 1) CRCと臨床試験のあり方を考える会議

(参加:1回20点)	参	加	( 1 )	回	( 20 )	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

##### 2) 日本臨床薬理学会学術集会

(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)で各地方会の申請可能な単位の上限は20点とする  
日本臨床薬理学会の主催する各種講習会・セミナー(参加:1回10点)

臨床薬理学講習会	参	加	( )	回	( )	点
臨床研究・臨床薬理セミナー(2020年開催分から)	参	加	( )	回	( )	点
ベッドサイドの臨床薬理学(2020年開催分から)	参	加	( )	回	( )	点
薬理ゲノミクスセミナー(2020年開催分から)	参	加	( )	回	( )	点
日本臨床薬理学会CRCアドバンスト研修会	参	加	( )	回	( )	点

1)および2)(合計60点以上) 合 計 ( ) 点

##### 3) 厚生労働省の主催する上級者CRC研修(2016年度まで)

(参加:1回10点)	参	加	( )	回	( )	点
------------	---	---	-----	---	-----	---

##### 4) その他、日本臨床薬理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)

C. 講師・演者(1回5点)	発	表	( )	回	( )	点
----------------	---	---	-----	---	-----	---

3)および4)(申請可能な単位の上限は40点とする) 合 計 ( ) 点

1)~4)(合計100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、合計点数が100点以上となる必要があります。

**※認定期間外の点数は、加算できませんのでご注意ください。**





# 日本臨床薬理学会認定 CRC

## 更新申請書類提出時チェックシート

\*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
<b>申請書様式</b>			
1/4～4/4	本人署名または記名押印		
1/4	連絡先 E-mail		不備等確認の連絡をすることがあるので必ず記入
<b>その他同封物</b>			
2/4 別添	治験／臨床試験協力者リストのコピー		協力者として参加したことを証明できる書類がない場合には、臨床試験協力者であったことを証明する研究責任医師の文書（臨床試験課題名、責任医師名、UMIN 等への試験登録番号、登録日が記載され、研究責任医師の署名または記名押印があること）および当該臨床試験の概要（研究計画書の概要のコピー等）
3/4 別添	CRC と臨床試験のあり方を考える会議の参加名札、参加証明書、抄録のコピー 日本臨床薬理学会の学術集会等の参加名札、参加証明書、出席証明書、抄録のコピー 研修修了証のコピー 日本臨床薬理学会の認める研修会や講習会の参加名札、参加証明書、出席証明書コピー		詳しくは更新手続きのお知らせを参照
振込控コピー	更新審査料送金時の振込控のコピー		
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		本人の氏名の記載があるものと指定されている書類において、改姓前の氏名が記載された書類を提出する場合