□Ⅰ．研究責任者が東北大学の医学系研究科、病院及び加齢医学研究所(以下「医学系研究科等」)の
所属（兼務教員を含む）　→確認シートⅠ(別添)を記載

■Ⅱ．研究責任者が医学系研究科等以外の所属　→確認シートⅡ(下記)を記載

|  |
| --- |
| **審査手数料 確認シートⅡ** |
| １．研究課題名 |       |
| ２．研究責任者 | 氏名：      | 　所属分野名：      |
| ３．区分① | 以下に該当する場合は課金の対象外です。「4.区分②」以降は記載不要です。 |
| [ ] 　東北大学に学籍を有する大学院生（[ ] 修士課程 / [ ] 博士前期課程）の論文研究→大学院生氏名：     　所属分野名：     　学籍番号：      |
| ４．区分② | 以下のいずれか**1つ**該当する項目を選択して下さい。 |
| [ ] 　1）医学系研究科等が多施設共同研究の**代表施設**として行う**観察研究** | 20,000円 |
| [ ] 　2）医学系研究科等が多施設共同研究の**代表施設ではない観察研究** | 60,000円 |
| [ ] 　3）医学系研究科等が多施設共同研究の**代表施設**として行う**介入研究** | 40,000円 |
| [ ] 　4）医学系研究科等が多施設共同研究の**代表施設ではない介入研究** | 80,000円 |
| ５．財源※記入方法は別紙の「記入要領」参照 | 以下から審査手数料を支出する財源を**1つ**選択し、その財源の詳細を記載して下さい。 |
| [ ] 　運営費交付金（所管：     ）[ ] 　間接経費（所管：     ）[ ] 　共同研究費[ ] 　受託研究費（AMED等） | [ ] 　寄附金（研究助成金）[ ] 　科学研究費・厚生労働科学研究費[ ] 　その他補助金 |
| 研究費の課題名・事業名・相手方機関名等：     プロジェクトコード等：     支払い財源の経理担当部局（いずれか1つ選択必須）：　[ ] 医学部/ [ ] 病院/ [ ] 加齢研/ [ ] その他部局（     ）備考：      |
| ６．事務担当者 | 分野等において本件支払い業務を担当する事務担当者（分野秘書等）を記載して下さい。 |
| 氏名：     TEL ：      | 所属分野名：     E-mail：      |
| ７．確認事項 | 以下について確認し、チェックして下さい（全項目必須）。 |
| [ ] 　倫理委員会の審査後に、審査手数料の金額が確定すること。[ ] 　倫理委員会で審査した月の翌月を目処に、審査した当月末の日付で審査手数料徴収の手続きが行われること。（例：3月審査の場合は、4月中に3月末付で手続きが行われる）[ ] 　審査当月の時点で支払い可能な財源を選択していること。※契約未締結のため支払えない、補助金の補助期間や受託研究の契約期間が終了したため支払えない、倫理委員会審査手数料という名目では支払えない、ということが無いようにすること。特に学外機関による請求書払いを希望する場合は支払い時期に問題がないか事前によく確認し、請求期限があるような場合には予め医学部研究協力係へ申し出ること。その他、記入方法や注意点について別紙の記入要領をよく確認すること。 |