別紙様式１

　年 　　月 　　日

他の研究機関への試料・情報の提供に関する記録

*提供先の機関の長*　様

提供元の機関　名称：*名古屋市立大学大学院医学研究科/医学部附属病院*

　　　　　　　住所：*名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄１*

　　　　　　　機関の長：*医学研究科長/病院長　　　○○　○○*

　　　　　　　責任者　職名：

　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　 　　　　　印

提供先の機関　名称：

研究責任者　氏名：

研究課題「*○○○○*」のため、研究に用いる試料・情報を貴機関へ提供いたします。内容は以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 詳細 |
| 提供する試料・情報の項目 | 例）  血液、毛髪 |
| 取得の経緯 | 例）  提供元の機関において診療の過程で得られた試料の残余検体 |
| 同意の取得状況 | □あり（方法　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □なし |
| 研究対象者の氏名等  ※同意取得ありの場合のみ |  |
| 匿名化の有無 | □あり（対応表の作成の有無　□あり　□なし）  □なし |

以上