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： | *責任者の所属する研究機関名* | | | | |
|  | 住所： | *責任者の所属する研究機関の住所* | | | | |
|  | 機関の長： | | | *責任者の所属する研究機関の長の名* | | |
|  | 責任者　職名： | | | |  | |
|  | 氏名： | | 印 | | | |
| 提供先の機関 | 名称： | | *当該研究の提供先の研究機関名* | | | |
|  | 研究責任者　氏名： | | | | | *提供先の研究責任者氏名* |

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