西暦　　　　年　　月　　日

臨床研究に関する情報公開について（阿伎留医療センター）

＜人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針＞に基づき，研究に関する情報を公開します。

本研究の対象となる可能性のある方で、試料（血液や尿など）や情報（カルテなど）を研究目的で使用又は他施設へ提供することについて希望されない方及びご質問のある方は、下記のご連絡先までご連絡ください。

|  |
| --- |
| **＜研究課題名（研究整理№）＞** |
| **＜研究責任者名（所属）＞** |
| **＜研究期間＞**  病院長の許可日　～西暦　　　年　　月　　日 |
| **＜研究の目的＞** |
| **＜研究の方法＞**  ●対象となる方  ●使用する試料や情報  例）電子カルテの記録や検査データを本研究に使用します。  日常診療で採血して残った血液を本研究に使用します。  ●使用する試料や情報の入手（受診・入院）期間  西暦　　年　　月　～　　　年　　月 |
| **＜他施設（海外を含む）への試料・情報の提供の有無及び方法＞**  □なし、□あり  ありの場合は試料・情報の提供方法、提供を開始する予定日，提供を行う研究機関及び研究責任者名などを記載してください。 |
| **＜個人情報の取り扱い＞**  使用する試料や情報からお氏名やご住所等の患者さまを直接特定できる個人情報は削除します。  また、研究成果は学会等で発表することがありますが、その際も患者さまを特定できる個人情報は公表しません。 |
| **＜試料や情報の使用及び他施設への提供を希望されない場合、お申し出いただく期限＞**  西暦　　年　　月まで（これ以降は使用・提供を中止できない場合があります） |
| **＜ご連絡先＞**  担当者名（所属）：  電話番号：　　　　　　　　　メールアドレス： |
| **＜備考＞** |

※青文字は該当する記載に変更、この赤文字は提出時に削除してください。