（様式第７号）

     年     月     日

**他の研究機関への試料・情報の提供に関する届出書**

院長　川端　雅彦　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 報　告　者 | 所属組織: |  |
|  | 職　　名: |       |
|  | 氏　　名: |       |  |

当機関における「人を対象とした生命科学・医学系研究の実施に関する規程」に基づき、当機関で保有する試料・情報を、他の研究機関へ提供いたしますので、以下のとおり（報告・申請）します。

|  |  |
| --- | --- |
| 添付資料 | [ ] 　提供先の機関における研究計画書[ ] 　提供先の機関における倫理審査委員会承認の証書[ ] 　その他（　     　） |

※受付番号

|  |
| --- |
| **１. 研究に関する事項** |
| **研究課題** |       |
| **研究代表者** | **氏名：**     **所属研究機関：**      |
| **研究計画書に記載の****ある予定研究期間** | 　     年     月     日　～　     年     月     日 |
| **提供する試料・情報の項目** |  |
| **提供する試料・情報の取得の経緯** |  |
| **提供方法** |  |
| **提供先の機関** | **研究機関の名称：**     **責任者の職名：****責任者の氏名：**      |

|  |
| --- |
| **２. 確認事項** |
| **研究対象者の同意の取得状況等** | [ ]  文書によりインフォームド・コンセントを受けている[ ]  口頭によりインフォームド・コンセントを受けている[ ]  電磁的方法によりインフォームド・コンセントを受けている[ ]  ア(ｱ)：匿名化されているもの（特定の個人を識別することができないものに限る。）を提供する場合[ ]  ア(ｲ)：匿名加工情報又は非識別加工情報を提供する場合[ ]  ア(ｳ)：匿名化されているもの（どの研究対象者の試料・情報であるかが直ちに判別できないよう、加工又は管理されたものに限る。）を提供する場合[ ]  イ：アによることができない場合（オプトアウト及び倫理審査委員会の審査要）[ ]  ウ：ア又はイによることができない場合であって、（※）を満たす場合（倫理審査委員会の審査要） |
| **当機関における通知又は公開の実施の有無等** | [ ]  実施しない[ ]  通知又は公開を実施[ ]  通知又は公開＋拒否機会の保障（オプトアウト）を実施[ ]  その他適切な措置を実施 |
| **対応表の作成の有無** | [ ]  あり（管理者：      　）（管理部署：　　　　）[ ]  なし |
| **試料・情報の提供に関する記録の作成・保管方法** | [ ]  この申請書を記録として保管する（管理者：      　）（管理部署：　　　　）[ ]  別途書式を提供先の機関に送付し、提供先の機関で記録を保管する[ ]  その他（　     　　） |

（※）① 研究の実施に侵襲を伴わない

② 同意の手続の簡略化が、研究対象者の不利益とならない

③ 手続を簡略化しなければ研究の実施が困難であり、又は研究の価値を著しく損ねる

④ 社会的に重要性の高い研究と認められるものである

⑤ 以下のいずれかのうち適切な措置を講じる

・研究対象者等が含まれる集団に対し、試料・情報の収集及び利用の目的及び内容、方法等について広報する

・研究対象者等に対し、速やかに、事後的説明を行う

・長期間にわたって継続的に試料・情報が収集され、又は利用される場合には、社会に対し、その実情を当該試料・情報の収集又は利用の目的及び方法を含めて広報し、社会に周知されるよう努める

|  |
| --- |
| **（※機関管理用）** |
| **倫理審査員会における審査** | [ ] 　不要[ ] 　要（開催日：     年     月     日） |
| **提供の可否** | [ ] 　許可（     年     月     日）[ ] 　了承（     年     月     日）[ ] 　不許可 |

（様式第8号）

     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　○○○　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提供元の機関 | 名　称： | 富山県立中央病院 |
|  | 住　所： | 富山県富山市西長江2-2-78 |
|  | 機関の長　氏　名： | 川端　雅彦 |
|  | 責任者　職　名: |       |
|  | 氏　名： |       |  |
| 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 |
| 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