1．研究課題名

**注釈**

**赤字**：注意点

【　　】：選択肢として提示

≪　　≫：条件により追記

不要な部分は削除して完成させてください。

　　○○○○○○○○

※ほかの申請書類と同一表記となるように注意

2．試料・情報

（１）利用目的

　　　　本研究は、・・・を行うことにより、・・・・・することを目的としています。

　　　　研究期間は承認日から○○年○○月までです。

　　　　※研究対象者（患者さん）や代諾者らが読んでわかるような表現（専門用語は極力避ける）で記載

（２）利用項目、提供方法

　　　　本研究は、○○年○○月から○○年○○月の間に、【○○手術／○○検査／○○薬の投与】を受けられた方の【診療記録／残検体】を利用して行います。≪診療記録の場合：利用する情報は、○○、○○、○○などで、≫利用を開始するのは、本研究が承認された日以降です。

≪多機関共同研究で、他の機関に試料・情報を提供する場合、以下を追加≫

本研究は多機関共同研究（研究代表者：○○○○　所属：○○○○）であり、当センター（院長 中島淳）は○○施設名（研究代表者：○○○○）≪複数施設ある場合は全て記載≫に、【診療記録から得られた情報／残検体から得られた試料】を提供します。その際、個人を識別できる情報は削除いたします。

≪仮名加工情報の場合：ただし、当センターでは個人情報に十分な配慮をしたうえで、誰の【情報／試料】を提供したのか、後からでもわかるように管理をいたします。≫提供を開始するのは、本研究が承認された日以降です。

（３）利用する者の範囲

　　　　日本赤十字社医療センター　【○○科／○○病棟／○○部】○○○○（研究責任者）

　　　　≪多機関共同研究の場合：当該研究を実施する全ての共同研究機関の名称及び

研究責任者の氏名を記載。ただし、数が多い場合は以下の記載も可≫

　　　　研究代表者：○○○○（所属：○○○○）および本共同研究に参加している、【国内／○○地域／○○学会所属／○○研究会所属】の【医師／看護師／etc...職種】

（４）管理責任を有する者の名称

　　　　日本赤十字社医療センター

３．参加を希望されない場合等

　　　本研究への参加を希望されない場合や本研究参加についてのご相談がある場合は、以下へご連絡ください。本研究への参加を希望されない場合でも、不利益を被ることはありません。

４．問い合わせ先

　日本赤十字社医療センター

〒150-8935　東京都渋谷区広尾4-1-22

TEL：03-3400-1311　　FAX：03-3409-1604

担当：【○○科／○○病棟／○○部】　　○○○○

※複数名も可、常勤者が１名以上入るように記載