

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

(医療機関名)
(所属・職名)
(氏名) 殿

提供先の機関の研究責任者

(所属・職名)
(氏名) 殿

提供元の機関の長

(医療機関名)
(所属・職名)
(氏名)

提供元の機関の報告者等

(所属・職名)
(氏名)

研究課題「〇〇〇〇」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。

記

内容	詳細
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	
同意の取得状況	<input type="checkbox"/> あり (方法:) <input type="checkbox"/> なし
匿名化の有無	<input type="checkbox"/> あり (対応表の作成の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> なし
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:
添付するもの	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>