

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：公益社団法人 鹿児島共済会南風病院
住 所：鹿児島市長田町 14-3
機関の長 氏 名：末永 豊邦
責任者 職 名：
氏 名： 印
提供先の機関 名 称：
研究責任者 氏 名：

研究課題「〇〇〇〇」のため、研究に用いる試料・情報を貴施設へ提供いたします。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 | <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 |

以 上