

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

提供元の機関の長 殿

提供元の機関	名 称 :	八尾市立病院	
	住 所 :	大阪府八尾市龍華町 1-3-1	
	機関の長 氏名 :	田村 茂行	
	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「」
 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	
取得の経緯	<input type="checkbox"/> 当該研究のための利用・提供について本人の IC/同意を得て取得。 <input type="checkbox"/> 関連する別研究での利用・提供について本人の IC/同意を得て取得。 <input type="checkbox"/> 診療過程で取得されたもの (研究利用・提供の IC/同意は得られていない)。
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