参考様式3

     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： | 福井　弘幸 | |
|  | 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 | □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。  □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。  □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 | □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