|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 様式第１８号 |  | 課題番号 |  |

西暦　　　　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： | | 杏林大学医学部 | |
|  | 住　所： | | 東京都三鷹市新川6-20-2 | |
|  | 機関の長　氏　名： | |  | |
|  | 責任者　職　名： | |  | |
|  | 氏　名： | |  | 印 |
|  | 連絡先： | | 内　線：  E-mail： | |
| 提供先の機関 | 名　称： |  | | |
|  | 研究責任者： |  | | |

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 | 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 | □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