（様式４）

年　　月　　日

**東海大学医学部付属病院群における試料・情報の提供に関する記録**

提供先の機関

アイテムを選択してください。

病院長　アイテムを選択してください。　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提供元の機関 | 名　称：アイテムを選択してください。 | |
|  | 機関の長　氏　名： | アイテムを選択してください。　　　印 |
|  | 責任者　職　名: |  |
|  | 氏　名： |  |
| 提供先の機関 | 名　称： | アイテムを選択してください。 |
|  | 研究責任者　氏　名： |  |

研究課題「○○○○」のため、研究に用いる試料・情報を貴機関へ提供いたします。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  □通知又は公開＋拒否機会の保障（オプトアウト） |
| 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