Appendix

本学の対象予定症例数

　●例

試料・情報の授受に関する記録の作成・保管

　共同研究機関等と試料・情報の授受を行うため、研究計画書への記載をもって、当該記録に代える。なお、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」第８の３の規定により、所定の期間(他施設に提供する場合は提供日から3年間、提供を受ける場合は当該研究の終了が報告された日から5年間)の保管を厳守する。

海外にある者へ試料・情報の提供を行う予定がある場合（委託により提供する場合を含む）は、同指針第８の１により、その手続の内容や、試料・情報の提供に関する記録の作成方法を含めて記載すること。

　（１）提供先の機関

　　機関名：

　　責任者職名・氏名：

　（２）提供元の機関

　　機関名：

　　責任者職名・氏名：

　　※複数機関が有る場合で、研究計画書の別項目に記載がある場合や別紙に参加機関をまとめている場合は「○.共同研究機関　項目参照」や「別紙参照」などでも可。

　（３）提供する試料・情報の項目

　　※カルテ番号、生年月日、イニシャル、病理検体番号等の個人を特定しうる情報を用いる場合は、明記すること。

　（例）情報：病歴、治療歴、副作用等発生状況、カルテ番号、検査結果データ等

　　　※試料を用いる場合は、試料の種類（血液、手術で摘出した組織等）を記載す

ること。

　（例）試料：血液、尿、DNA等

　（４）提供する試料・情報の取得の経緯

　　※診療・研究等適切な手続きにより取得されていることがわかるように記載する

こと。

　　※公開された情報から取得した場合はその詳細、有償で取得した場合はその旨記

　　　載。

　（例1）通常診療の過程で取得されるものであって、本人（または代諾者）からインフォームド・コンセントを得る（またはオプトアウト手続きを行う）。

　（例2）本研究で利用することについて本人（または代諾者）からインフォームド・コンセントを得たうえで取得される

　（５）提供する試料・情報の提供方法

　　□直接手渡し　□郵送・宅配　□FAX　□電子的配信（e-mail,web等）

　　□その他（　　　）

　　※該当箇所をチェック（☑又は■）すること。

本学の問い合わせ先

（住所）〒028-3695　岩手県紫波郡矢巾町医大通2-1-1

（所属）○○講座○○分野

（氏名）○○ ○○

（電話番号（内線番号も含む）・FAX等）

フッターに「研究課題名」と「岩手医科大学版　ver.1.0」を記載

フッターに「研究課題名」と「岩手医科大学版　ver.1.0」を記載