様式第１-２（第15条関係）

倫理審査申請書（一般：高度臨床解剖実習用）

西暦　　　　年　　月　　日

岩手医科大学学長　殿

岩手医科大学倫理審査委員長　殿

申請者（高度臨床解剖実習実施総括責任者）

所　属

職　名

氏　名　　　　　　　　　　印

解剖学講座の指導監督者

所　属

職　名

氏　名　　　　　　　　　　印

＊実習実施責任者（総括責任者を含む）は、講師以上の医師で、学会の指導医等の適切な資格を有する方とします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※受付番号　ST　　　－ | 倫理委員会HP  の公開可否 | ・原則公開  ・非公開（理由：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １．審査対象　　　　　　　　　　高度臨床解剖実習実施計画 | | |
| ２．実習手技名 | | |
| ３．実習参加者  （実施日毎に実習参加者全員の所属、職名及び氏名を記載し、実施日毎に、実習実施責任者に◎を付すこと。学外参加者は、当該講座の在籍者（研究員、研修生を含む）に限る。）  西暦　　　年　月　日実施  （学内）所属　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　氏名  （学内）所属　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　氏名  （学外）所属　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　氏名  西暦　　　年　月　日実施  （学内）所属　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　氏名  （学内）所属　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　氏名  （学外）所属　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　氏名 | | |
| ４．高度臨床解剖実習の目的 | | |
| ５．実習の実施方法について（解剖体の使用部位を含め、実習の具体的内容を記載すること。倫理的に問題となる箇所にｱﾝﾀﾞｰﾗｲﾝを引くこと） | | |
| ６．実習で問題が生じた場合の責任の所在および補償の有無  （責任の所在には、申請者並びに実習責任者（学内）を記載すること。）  　　責任の所在：（学内）所属　　　　　　　　　職名　　　　　氏名  　　　　　　　　（学内）所属　　　　　　　　　職名　　　　　氏名  　　　　　　　（学外）所属　　　　　　　　　職名　　　　　氏名  補償の有無：　　　□有　　・　　□無  補償の内容（対処方法等）： | | |
| ７．倫理審査申請の要点（倫理上の問題点を箇条書きで記載すること。）  ８．使用する解剖体数（使用する部位を含めて記載のこと）  ９．使用する解剖体が、生前に、医師による高度臨床解剖実習等の臨床医学の教育、研究に使用されることについて、原則として意思表示し、解剖体登録者の生前同意を家族に告知し、承諾を得られていること。あるいは家族がいない解剖体であることの確認。  　　（解剖学講座実習指導監督者が署名、捺印してください。）  　　　所属：  　　　職名：  　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　印  10．使用する医療機器名（機器の管理、搬入・搬出方法も含めて記載のこと。）  11．実習運営費（医療機器の費用を含む）の金額及び出所  12．利益相反の有無（有の場合は、その内容を具体的に記載のこと。）  13．実習実施日時（実施日毎の参加者数）  　（１）西暦　　　年　　月　　日（　）午（前・後）　　　時～午（前・後）　時まで（参加者：　　名　）  　（２）西暦　　　年　　月　　日（　）午（前・後）　　　時～午（前・後）　時まで（参加者：　　名　）  （３）西暦　　　年　　月　　日（　）午（前・後）　　　時～午（前・後）　時まで（参加者：　　名　）  14．専門委員会で受けた助言内容（すべて記載のこと。）  　（１）専門委員会での助言日：西暦　　　年　　月　　日  　（２）助言内容  　　　　１）  　　　　２）  　　　　３） | | |

備考

(１)　申請にあたっては、申請書１部を提出すること。

(２)　上記以外の提出資料がある場合は、各１部提出すること。

(３)　※印は記載しないこと。