

## 他の研究機関への試料・情報の提供に関する届出及び記録書

提供先の機関の長 殿

提供元の機関 名 称：  
住 所：  
機関の長 氏 名：  
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
研究課題	
研究代表者	氏名： 所属研究機関：
研究計画書に記載のある予定研究期間	年 月 日 ～ 年 月 日
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	<input type="checkbox"/> あり（方法： ） <input type="checkbox"/> なし
匿名化の有無	<input type="checkbox"/> あり（対応表の作成の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ） <input type="checkbox"/> なし