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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 帝京大学 |
|  | 研究責任者 | 氏名　　　　　　　　　　　印 |
|  |  | 所属 |
|  |  | 職名 |
|  | 所属長 | 氏名　　　　　　　　　　　印 |
|  |  |
| 提供先の機関 | 機関名: |
|  | 研究責任者 | 氏名　　　　　　　　　　　印 |

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）帝京大学医学部附属病院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