年　　月　　日

**他の研究機関への試料・情報の提供に関する記録**

獨協医科大学日光医療センター　病院長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提供元の機関 | 名　称： |  | |
|  | 住　所： |  | |
|  | 機関の長　氏　名： |  | |
|  | 提供者　　職　名: |  | |
|  | 氏　名： |  | 印 |

　研究課題「○○○○」のため、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。

□新規試料・情報の提供　　　　□既存試料・情報の提供

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 詳細 |
| 提供先機関・診療科名  研究責任者 |  |
| 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：□同意の記録　　□オプトアウト　　）  　　　（取得者：□当機関提供者　□貴機関研究者　　）  □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