別紙様式５　※赤字注釈は提出時削除すること

**他の研究機関からの試料・情報受領に関する届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦     年     月     日

※どちらか一方にチェックする。

□自治医科大学附属病院　病院長

□自治医科大学附属さいたま医療センター　センター長殿

研究責任者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※システムからの申請は押印不要

受付番号：　　　　　　　　※直近で許可された申請の受付番号

研究課題名：

上記の研究に関して、他施設より研究に用いる試料・情報の提供を受けました。内容は以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 詳細 |
| 提供元の機関の名称など | 名称：  住所：  機関の長　氏名  責任者  　所属：　　　　　　　職名：  　氏名： |
| 提供された試料・情報の項目 | □：新たに取得した試料・情報　□：既存の試料・情報  項目：  症例数：  例）血液、毛髪、診療情報についてはその項目の詳細を記載　※研究計画書に詳細な項目の記載がある場合には、「研究計画書P○に記載した項目 」でも可 |
| 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診療記録 |
| 同意の取得状況 | □あり（□：文書同意、□：口頭同意）  □なし　※情報公開＋オプトアウトでの研究等の場合 |
| 加工の方法・削除した情報の有無 | □あり（対応表等の作成の有無　□あり　□なし　）  □なし |