西暦　　　　年　　　月　　　日

**新規審査／確認依頼書（発表）**

成田赤十字病院倫理委員会 委員長　殿

申請者

（所属・職名）

（氏名）

下記のとおり審査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 発表課題名  （演題・論文題名等） |  |
| 審査対象 | * 学会発表 * 論文・誌上発表 * その他（　　　　　　　　　　　） |
| 発表の概要 | * 添付資料に記載あり |
| 発表場所  （学会名、雑誌名等） | ※発表場所に変更が生じた場合、倫理委員会への申請は不要である。   * 未定 |
| 発表の登録期限  （申請期日） | 西暦　　　年　　月　　日  □ その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 本発表に関わる  同意の取得 | □ あり → 記録の保管場所　→□ 申請者所属科／所属部署  　　　　　　　　　　　　　 →□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  □ なし → □ オプトアウト  　　　　　 □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 個人情報の保護に  関する配慮 | ※個人の特定が可能な記述・写真等の掲載がないこと。  □ している  □ していない → 理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利益相反関係（COI）  の報告の必要性 | ※本発表に関連する企業等からの資金／物品／労務等の提供を受けていない場合は「COIなし」とする。  □ COIあり  → □ COIの開示あり  → □ COIの開示なし → 理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ COIなし |
| 添付資料 | ※案の段階のもので問題ない。但し、研究内容に関わる変更がされた場合は倫理委員会へ変更申請が必要となる。  □ 学会抄録  □ 投稿原稿  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |