西暦　　年　　月　　日

**他の研究機関への試料・情報の提供に関する報告書**

提供先の研究機関の長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提供元の機関 | 名　称： | 成田赤十字病院 |
|  | 住　所： | 千葉県成田市飯田町90-1 |
|  | 機関の長　氏　名： | 院長　●● ●● |
|  | 責任者　職　名: |  |
|  | 氏　名： |  |
| 提供先の研究機関 | 名　称： |  |
|  | 研究責任者　氏　名： |  |

下記の研究課題のため、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 |
| 研究等名称 |  |
| 提供する試料・情報の項目 | どのような試料・情報の提供を受けたかが分かるように必要な範囲で記載（例：検査データ、診療記録、血液、毛髪 等） |
| 提供種別 | □　共同利用に伴う提供　　□　第三者提供 |
| 取得の経緯 | 当該試料・情報が適正な手続により取得されたものであるかについて確認した内容（例：診療の過程で得られた試料の残余検体　等） |
| **研究対象者の情報**✧匿名加工情報・個人関連情報の提供、仮名加工情報の共同利用に伴う提供の場合は不要 | 誰の試料・情報を提供したかが分かるように記載（例：氏名、研究用ＩＤ） |
| 同意の取得状況 | □　あり（方法：　　　　　）□　なし□　オプトアウト |
| 加工の方法、削除した情報の有無 | □あり（対応表の作成の有無　□あり　□なし　）□なし |

* 提供先は、個人関連情報を個人情報として取得した場合には、研究対象者の情報を別途記録することが必要となる。

以上