整理番号	ー

西暦　　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

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：角南　勝介
責任者　所属：
職名・氏名：　　印

提供先の機関　名称：
研究責任者　氏名：

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。

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）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：　　） □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