

整理番号

—

西暦 年 月 日

症例報告等審査依頼書

成田赤十字病院倫理委員会 委員長 殿

研究責任者

(所属・職名)

(氏名)

下記のとおり症例報告等を実施したく審査を依頼いたします。

記

課題 (演題・論文) 名	
審査対象	<input type="checkbox"/> 学会発表 <input type="checkbox"/> 論文・誌上発表 <input type="checkbox"/> 後方視的解析 <input type="checkbox"/> その他 ()
報告(発表、公表、出版など)の概要	
報告場所 (学会名、雑誌名など)	
報告の登録期限 (締切日)	西暦 年 月 日
本発表に関わる 同意の取得	<input type="checkbox"/> あり → 記録の保管場所 () <input type="checkbox"/> なし → 理由 ()
個人情報の保護に関する配慮※ <small>※個人の特定が可能な記述・写真等の掲載がないこと。</small>	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない → 理由 () <input type="checkbox"/> 必要ない → 理由 ()
利益相反関係 (COI)の報告の必要性	<input type="checkbox"/> COI あり → <input type="checkbox"/> COI の開示あり → <input type="checkbox"/> COI の開示なし → 理由 () <input type="checkbox"/> COI なし
添付資料一覧	<input type="checkbox"/> 投稿原稿 <input type="checkbox"/> 学会抄録 <input type="checkbox"/> その他 ()