

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： 院長 角南 勝介  
 責任者 所属・職名：  
 氏 名：  
 提供先の機関 名称：  
 研究責任者 氏 名：

研究課題「〇〇〇〇」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
提供する試料・情報の項目	
取得の経緯	
同意の取得状況	<input type="checkbox"/> あり（方法： ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> オプトアウト
匿名化の有無	<input type="checkbox"/> あり（対応表の作成の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ） <input type="checkbox"/> なし

以上