様式Ａ      年     月     日

＊提供元（当院）の機関の長、責任者（職名・氏名）を記載、提供先の機関の名称及び研究責任者、また内容の詳細などの必要な事項を記載してください。

＊提出時には本オートシェイプを含むすべての赤字部分を削除してください。

**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： | 地方独立行政法人　りんくう総合医療センター |
|  | 住　所： | 大阪府泉佐野市りんくう往来北２−２３ |
|  | 機関の長　氏　名： | 病院長　松岡哲也 |
|  | 責任者　職　名: |  |
|  | 氏　名： |  |
| 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