本学では他の研究機関で行われる研究のために、試料・情報を提供しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名　　　 | 〇〇〇〇 |
| 研究期間　　　　　　　 | 　　年　　月　　日まで |
| 研究の対象 | ※研究対象者が「自分が対象かどうか」一目でわかるように記載してください年　月～　年　月の間に広島大学病院●●科で●●の治療を受けられた方 |
| 研究の目的・方法 | ※平易な表現で簡潔にまとめて記載してください研究目的：●●の実態を明らかにすることです研究の方法：研究対象者の診療録（カルテ）内にあるデータを提供します。検査のために採取した（ご参加いただいたEXXXX-XXXX（承認番号）「●●●●（研究課題名）」にて提供いただいた）血液の残余分を提供します。 |
| 研究に用いる試料・情報の種類　 | ※提供する主要な項目を記載してください※「カルテ番号、生年月日、イニシャル等」の個人を特定しうる情報を使用する場合は明記してください。情報：年齢、性別、病歴、血液検査結果、画像検査結果等※試料を提供する場合は試料の種類（血液、手術で摘出した組織等）を記載してください試料：血液、尿 |
| 外部への試料・情報の提供 | ※提供先および、どのような方法で提供を行うか必要な範囲でその方法（記録媒体、郵送、電子的配信等）も含めて記載してください。※海外へ提供する場合は、その国の名称と、（以降はEUと英国は除く）提供国における個人情報の保護に関する制度に関する情報、提供先が講ずる個人情報の保護のための安全管理措置について、個人情報保護委員会のリンク先を記載するなどしてください。●●（提供先）への情報提供は、パスワード設定されたUSBメモリを送付することで行います。また試料は●●へ送付します。データセンターへのデータ提供は、特定の関係者以外がアクセスできない状態でシステムを用いて行います。本研究に関わる●●解析業務は●●に委託します。　委託先：　　住所：外国における個人情報の保護に関する制度は以下から参照することが出来ます。https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/kaiseihogohou/#gaikoku |
| 提供を開始する予定日 | ※予定日（提供の許可日以降）が決まっている場合は記載してください。特になければ、本学における提供の許可日としてください。 |
| 個人情報の保護 | 試料・情報を提供する前に、氏名・生年月日・住所等の特定の個人を識別できる記述を削除し代わりに研究用の番号を付け、どなたのものか分からないよう加工した上で提供します。個人と連結させるための対応表は、本院の管理責任者が保管・管理します。 |
| 研究組織 | 研究代表者※本研究を実施する研究機関名および責任者名を記載してください。●●大学●●科　教授　●●●●※すべての共同研究機関（企業も含む）の名称及び研究責任者名を記載してください。多数で列挙が困難な場合は、代表機関の計画書等の該当ページを別途添付資料とするか、関連施設が明示されているホームページ等でも可。（以下の機関すべてに適用）共同研究機関　●●大学●●科　教授　●●●●既存試料・情報の提供のみ行う機関　●●大学●●科　教授　●●●● |
| 本学の試料・情報の管理・提供者の氏名提供機関の長の氏名 | 広島大学病院●●科　教授　●●●●広島大学大学院医系科学研究科●●科　教授　●●●●広島大学理事　田中純子 |
| 研究への利用を辞退する場合の連絡先・お問合せ先 | 研究に試料・情報が用いられることについて、研究の対象となる方もしくはその代諾者の方にご了承いただけない場合は、研究対象としませんので下記の連絡先までお申し出ください。なお、お申し出による不利益が生じることはありません。広島大学病院　●●科　担当者：●●●●　※大学院生、クリニカルスタッフの場合は、教職員を併記してください〒734-8551　広島県広島市南区霞1-2-3電話番号：082-257-ＸＸＸＸ　※代表番号（5555）ではなく、直通番号としてください |