様式３

　　年　　月　　日

特定非営利活動法人

つくば臨床検査教育・研究センター

理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　 ㊞

つくば臨床検査教育・研究センター公開情報申請書

つくば臨床検査教育・研究センターより分譲される試料を用いて研究を実施することについて、下記の情報を公開することに同意します。

|  |
| --- |
| 課題番号： |
| 研究課題名： |
| 実施代表施設：  実施責任者： |
| 実施期間：西暦　　　年　月　日（倫理委員会承認後）〜　　　年　　月　　日 |
| 試料・情報管理責任者代表施設：  試料・情報管理責任者代表者： |
| 対象となる試料・診療情報 |
| 「臨床検査の測定及び診断技術の向上プロジェクト　検体（診療上の採取血液等）の研究利用についての同意書」により同意の得られた試料提供者の試料・診療情報  □血液試料  　□血清（西暦　　　年　月　日～　　　年　月　日までに  検査のために採血した患者さんの試料）  □血漿（西暦　　　年　月　日～　　　年　月　日までに  検査のために採血した患者さんの試料）  □全血（西暦　　　年　月　日～　　　年　月　日までに  検査のために採血した患者さんの試料）  □尿試料（西暦　　　年　月　日～　　　年　月　日までに  検査のために採尿した患者さんの試料）  　　　□臨床情報（傷病CD、既往歴CD、投薬歴、年齢、性別、その他（手術コード）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＋ 検査結果）  　　　□追加情報（基本情報以外） |
| 研究の目的、意義 |
|  |
| 実施方法 |
|  |
| 利用する者の範囲 |
|  |
| 試料・情報の第三者への提供について |
|  |

＊この申請書は「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に基づき、つくば臨床検査教育・研究センターホームページで試料・情報を使用して実施する課題について公開するためのものです。

＊情報公開の目的は、試料提供者が自分の試料が使用されている可能性を知り、同意の撤回をできる権利を持つためのものです。実施内容について当センターに問い合わせがあった場合は、回答について問い合わせをさせていただく場合があります。