

倫理審査申請書(院外報告用)

長崎みなとメディカルセンター
院長 殿

所属 _____

職名 _____

研究等責任者 _____ 印

下記について、倫理審査を依頼したく提出致します。

課題(論文)名			
共同報告者(共著者)	氏名：	所属：	職名：
	氏名：	所属：	職名：
	氏名：	所属：	職名：
報告の概要			
報告場所 (学会名, 雑誌名等)			
個人識別情報を含む情報の保護に対する倫理的配慮			
インフォームド・コンセントの方法	(1)同意の取得方法	<input type="checkbox"/> 文書 IC <input type="checkbox"/> 口頭 IC + 記録作成 <input type="checkbox"/> 情報公開 + 拒否権の保障 (オプトアウト)	
	(2)代諾者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(3)インフォームド・アセントの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
倫理講習受講 (ICR, CITI 等)	(1)受講先： (2)受講番号： ※受講が無い場合：受講予定 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		

その他特記事項	
---------	--

備考

- 1 審査の対象となる論文の原稿、抄録等を添付すること。