２０・・年　　月　　日

承認されてから作成・利用するものなので、

押印不要で、日付は空欄で結構です

※作成の際、このフキダシは削除ください

他の研究を行う機関への試料・情報の提供に関する記録

○○大学　○○研究科長　 殿

名 称：鹿児島大学　大学院医歯学総合研究科

住 所：〒890-8544　鹿児島市桜ヶ丘8丁目35-1

機関の長：研究科長　於保　孝彦

責任者 職 名：○○分野　職名

氏 名：○○　○○　 印

提供先の機関 名 称：○○大学　○○研究科

研究責任者　職名・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）本学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（以下に方法を記載）  説明文書により説明し、同意文書を取得  □なし |
| 匿名化の有無 | ■あり（対応表作成 ■あり 　□なし ）  □なし |

※この記録は当該試料・情報を提供した日から３年を経過した日までの期間保存する必要があります

※提供者の氏名や研究ID等、誰の試料・情報を提供したかが分かるように管理してください