**研究課題名（なるべく患者さんに分かり易い表現として下さい）**

**１．研究の対象**

（　　）→実施計画書（研究の対象）から、Copy & Pasteして下さい。

**２．研究目的・方法**

（　　）→実施計画書（研究の概要）から、Copy & Pasteして下さい。

**研究期間：倫理審査委員会承認日　～　20〇〇年　〇〇月　〇〇日まで**

（　　）→実施計画書から、Copy & Pasteして下さい。

**３．研究に用いる試料・情報の種類**

※研究計画書の評価項目から研究対象者がイメージしやすい主要なものをいくつか記載して下さい。（最後に「等」をつけること）

※カルテ番号、生年月日、イニシャル、病理検体番号等の個人を特定しうる情報を用いる場合は、明記して下さい。

　（例）情報：病歴、治療歴、副作用等の発生状況、カルテ番号　等

※試料を用いる場合は、試料の種類（血液、手術で摘出した組織等）を記載して下さい。

　（例）試料：血液

**４．外部への試料・情報の提供**

※共同研究機関や海外に提供する場合は、どのような方法で提供を行うか、研究対象者に分かるよう、必要な範囲でその方法（記録媒体、郵送、電子的配信等）も含めて記載して下さい（なお、個人データの「不特定多数に対する公表」は通常の医学系研究ではほとんど想定されないため、このひな型には含めていません）

（提供：例）

データセンターへのデータの提供は、特定の関係者以外がアクセスできない状態で行います。対応表は、当センターの研究責任者が保管・管理します。

**５．研究組織**

新潟県立がんセンター新潟病院

新潟県立がんセンター新潟病院　〇〇科　　○○　〇〇　職名　〇〇

新潟県立がんセンター新潟病院　〇〇科　　○○　〇〇　職名　〇〇

※関連施設が多数で列挙が困難な場合、別途ホームページ等で詳細を示すことも検討ください。

（例） 国立〇〇病院　国立 太郎　ほか

全国認知症治療グループ参加病院　108機関

全国認知症治療グループ公式ホームページ　[http://www.jdementia.jp/](http://www.j.jp/)

※「既存試料・情報の提供のみを行う機関」（研究者として関わらない場合、医学系指針上の「研究機関」とみなされません）が含まれる場合は、当該機関の名称及び提供担当者名（責任者）を記載して下さい。

（例）県立クリニック　県立 花子

市立クリニック　市立 幸子

町立クリニック　町立 道子

※「既存試料・情報の提供のみを行う機関」が10施設を超える場合や代表的な機関のホームページ等で利用する者の範囲が公表されている場合は共同研究機関の記載方法と同様。

**６．お問い合わせ先**

本研究に関するご質問等がありましたら下記の連絡先までお問い合わせ下さい。

ご希望があれば、他の研究対象者の個人情報及び知的財産の保護に支障がない範囲内で、研究計画書及び関連資料を閲覧することが出来ますのでお申出下さい。

また、試料・情報が当該研究に用いられることについて患者さんもしくは患者さんの代理人の方にご了承いただけない場合には研究対象としませんので、下記の連絡先までお申出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。

　　照会先および研究への利用を拒否する場合の連絡先：

　　新潟県立がんセンター新潟病院（　〇〇科　）

当院研究責任者：（氏名　　　　）

連絡先：新潟市中央区川岸町2丁目15番地3

TEL：025-266-5111

研究代表者：

※研究代表者の施設名・氏名・連絡先を記載