**情報公開用表題名（例：xxxxの患者さんへ）**

**１．研究の対象**

**２．研究目的・方法**

**３．研究期間：実施許可日　～　20〇〇年　〇〇月　〇〇日まで**

**４．研究に用いる試料・情報の種類**

**５．研究組織**

新潟県立がんセンター新潟病院　ｘｘｘ科　○○〇〇、〇〇〇〇

**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（ｘｘｘ科）

当院研究責任者：（○○〇〇）

連絡先：新潟市中央区川岸町2丁目15番地3

TEL：025-266-5111