（様式10）

　　　年　　　　月　　　　日

**他の研究機関からの試料・情報の受け入れに関する記録書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受け入れ機関 | 名　称： |  |
|  | 住　所： |  |
|  | 機関の長　氏　名： |  |
|  | 責任者　職　名: |  |
|  | 氏　名： |  | 印 |
| 提供元の機関 | 名　称： |  |
|  | 研究（責任）者　氏　名： |  |

研究に用いる試料・情報を当施設へ受け入れます。内容は以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 詳細 |
| 研究課題 |  |
| 研究代表者 | 氏名： 所属研究機関：  |
| 研究計画書に記載のある予定研究期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 提供する試料・情報の項目 | 例）血液、毛髪 |
| 取得の経緯 | 例）提供元の機関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（方法：　　　　　）□なし |

　以　上