**作成年月日：　　年　月　日（Ver.1.0）**

**※原則、文書による同意取得が必要です。オプトアウト対応の可否について、再度ご確認下さい。倫理指針：**[**https://www.mhlw.go.jp/content/000909926.pdf**](https://www.mhlw.go.jp/content/000909926.pdf)

**久留米大学【選択、ご記入ください。久留米大学病院（病院長：　　　）/医療センター（病院長：　　　）】では、他施設と共同で実施する下記研究のために、受診時に患者さんから取得された試料と診療情報等を共同研究機関に提供していますorより提供を受けています。**

――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

なお、下記研究は久留米大学の倫理委員会にて「社会的に重要性が高い研究」等の特段の理由が認められ、研究機関長の承認を得て、個人情報保護法に規定する規律を遵守して実施しています。当該試料・診療情報等の使用については、研究計画書に従って仮名加工化処理が行われており、研究対象者の氏名や住所等が特定できないよう安全管理措置を講じた取り扱いを厳守しています。本研究に関する詳しい情報をご希望でしたら問い合わせ担当者まで直接ご連絡下さい。また、本研究の成果は学会や論文等で公表される可能性がありますが、個人が特定される情報は一切公開しません。**本研究の研究対象者に該当すると思われる方又はその代理人の方の中で試料・診療情報等が使用されることについてご了承頂けない場合は担当者にご連絡ください。なお、その申出は研究成果の公表前までの受付となりますのでご了承願います。**

――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

**【研究課題名】**○○○○に関する研究

**【共同研究の研究代表機関及び研究代表者（試料・情報の管理責任者）】**

研究代表機関（研究代表者）：○○大学医学部○○講座　　○○　○○

試料・診療情報等の提供先：○○大学医学部○○講座

**【研究分担施設・研究責任者】**

・○○大学○○講座　○○　○○　※多施設の場合、次ページに記載（別紙参照）

・○○病院○○科　　○○　○○

・○○病院○○科　　○○　○○

・別紙参照

**【試料・診療情報の対象者（研究対象者）】**

１）受診期間：西暦○〇〇〇年○月から西暦○〇〇〇年○月までの間に受診

２）受診科：久留米大学病院/医療センター ○○科および共同研究機関の各診療科

３）対象疾患名：○○○○と診断された方

**【試料・診療情報等の項目】**

試料：【※詳細に記載すること（血漿、血清、毛髪、唾液、尿、等）】

診療情報等：【※詳細に記載すること（病歴、診断名、年齢、性別、入院日、既往歴、CT画像　等）】

授受の方法： 郵送・宅配　電子的配信　直接手渡し　その他（　　　　）

――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

**【研究目的】**

上記の試料・診療情報を使用し、○○についての解明を目的とした共同研究実施のため（遺伝子解析を含む場合はその旨を詳細に記載）。

**【研究（利用）期間】**研究実施許可日から西暦○〇〇〇年○月まで

**【利益相反に関する事項】**

　（例）本研究は特定企業からの資金援助はないため利益相反は発生しません。

**【問い合わせ先】**

（本学）研究責任者：久留米大学医学部○○講座　　○○　○○

問い合わせ担当者：久留米大学医学部○○講座　　　○○　○○

電話: 0942-○○-○○○○（内線○○○○）　※研究内容について対応できる担当者の直通を記載

E-mail: ○○○○

【研究分担施設・研究責任者】（別紙）

・○○大学○○講座　　○○　○○

・△△大学○○講座　　○○　○○

・××大学○○講座　　○○　○○

・○○大学○○講座　　○○　○○

・○○大学○○講座　　○○　○○

・○○大学○○講座　　○○　○○

・○○大学○○講座　　○○　○○