**作成年月日：西暦　　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、再度ご確認ください。倫理指針：**[**https://www.mhlw.go.jp/content/000909926.pdf**](https://www.mhlw.go.jp/content/000909926.pdf)

**久留米大学では、【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：　　　）（**病院の患者さん情報を用いる場合、どちらの病院かで院長名も記入が必要です。**）】受診時に患者さんから取得された試料と（**試料用いない場合は試料の文言すべて削除してください**）診療情報等を使用して下記の研究を行っています。本研究で使用される試料・（**試料用いない場合は試料の文言すべて削除してください**）診療情報等は他機関への提供は行いません。**

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

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、研究機関長の許可を得て、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・**（**試料用いない場合は試料の文言すべて削除してください**）**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ください。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・**（**試料用いない場合は試料の文言すべて削除してください**）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

**【**試料・**（**試料用いない場合は試料の文言すべて削除してください**）診療情報の対象者（研究対象者）】**

１）受診期間：西暦○〇〇〇年○月〇日から西暦〇〇〇○年○月〇日までの間に受診

２）受診科：久留米大学病院/医療センター ○○科　（該当するところを選択、それ以外であれば適時

記載すること）

３）対象疾患名：○○○○と診断された方

**【**試料・**（**試料用いない場合は試料の文言すべて削除してください**）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）】　※試料を用いない研究では削除

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）】

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

**【研究目的】**

上記の試料・**（**試料用いない場合は試料の文言すべて削除してください**）**診療情報を使用し、○○についての解明を目的とした研究実施のため（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】**

研究開始予定日：実施許可日（このページ下方の「研究機関の長の研究実施許可日」をご覧ください。）

研究終了予定日：西暦○〇〇〇年○月〇日

**【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く利益相反は発生しないため、本研究に関して申告すべきことはありません。

**【問い合わせ先】**

研究責任者（使用する試料・**（**試料用いない場合は試料の文言すべて削除してください**）**情報の管理責任者）：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-○○-○○○○（受付：平日　時～　時）

※研究内容について対応できる担当者の直通電話番号と受付時間を記載

E-mail: ○○○○（部署のメ―ルアドレスをお勧めします）