

## 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	<input type="checkbox"/> あり（方法： ） <input type="checkbox"/> なし