# 情報公開文書

| | |
|---|---|
| 研究課題名 | |
| 所属(診療科等) | 長崎みなとメディカルセンター　　科 |
| 研究責任者(職名) | |
| 研究期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 研究目的と意義 | |
| 研究内容 | ●対象となる患者さん |
| | |
| | ●利用する情報 |
| | |
| | ●研究方法 |
| | |
| 情報公開の方法<br>試料・情報の利用、提供を停止したい場合 | |
| 問い合わせ先 | 所属：長崎みなとメディカルセンター　研究開発センター<br>住所：長崎市新地町６番３９号<br>電話：095（822）3251　（内線3553）<br>受付時間：月～金　9:00～17：00（祝・祭日を除く） |