

倫理審査申請書(症例報告等用)

長崎みなとメディカルセンター
院長 殿

所属 _____

職名 _____

研究等責任者 _____ 印

下記について、倫理審査を依頼したく提出致します。

課題(演題・論文)名				
審査対象	<input type="checkbox"/> 学会発表(学会名: _____) <input type="checkbox"/> 論文・誌上発表(雑誌名等: _____) <input type="checkbox"/> その他			
報告の概要				
著者・発表者等 (共同報告者含む)		氏名	所属・職名	倫理講習受講歴
	研究責任者			受講先: 受講日:
	共同報告者			有・無
	共同報告者			有・無
個人識別情報を含む情報の保護の方法				
同意取得	<input type="checkbox"/> 個別同意 <input type="checkbox"/> 情報公開 + 拒否権の保障 (オプトアウト) <input type="checkbox"/> その他			
その他特記事項				
添付資料一覧	<input type="checkbox"/> 投稿原稿 <input type="checkbox"/> 学会抄録 <input type="checkbox"/> 利益相反に関する申告書(研究責任者のみ) ※必須 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			

※研究実施の可否	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>承認 ・ 非承認</p> <p style="text-align: right;">長崎みなとメディカルセンター</p> <p style="text-align: right;">院長 _____</p>
----------	---

※の箇所は、事務局にて記載します。