第１号の３様式（第 13 条関係）

年　　月　　日

倫 理 審 査 申 請 書（実臨床関連用）

長崎みなとメディカルセンター
院　長　殿

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実施責任者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

下記について、倫理審査を依頼したく提出致します。

医療行為名			
担当医師名	氏名：	所属：	職名：
病名等			
患者に関する情報 （氏名、生年月日、 その他病状等）			
医療行為の概要及び 必要な理由			
その他医療行為等における治療上の配慮について	(1) 医療行為の対象となる個人の人権の擁護（プライバシー保護の方法など）		
	(2) 医療行為の対象となる者に理解を求め同意を得る方法		
	(3) 医療行為によって生ずる個人への効果、不利益及び危険性		
	(4) 医療上の貢献の予測		
	(5) 治療に要する費用の負担 □患者負担　□保険請求　□その他（　　）		
その他特記事項			

備考

医師以外の方からも審査されますので、医療関係者以外の方が読んで理解できるよう、全ての記述文章はできるだけわかりやすく簡潔かつ明確に記載すること。