別紙様式第十五号

「情報公開文書」単施設研究用

※黒字　定型事項　消さないで下さい。

※赤字　注意事項　提出時は削除して下さい。

※青字　　例文　　適切なものを選択し、必要に応じ、研究に合わせて修正して下さい。

以下、本文-------------------------------------------------------------------

研究の名称

１．研究の対象

※研究対象者が情報公開文書を見て「自分が対象かどうか」が一目でわかるように記載してください。

※下記の例文に沿って記載して下さい。

（例1）2009年1月～2015年8月に当院の回復期リハビリテーション病棟に

　　　　入院された方

（例2）1995年4月～2012年3月に当院で胃瘻造設術を受けられた方

２．研究目的・方法

わかりやすく記載してください

「研究期間」についても必ず記載して下さい。

３．研究に用いる試料・情報の種類

※研究計画書の評価項目から研究対象者がイメージしやすい主要なものをいくつか記載して下さい。（最後に「等」をつけること）

※カルテ番号、生年月日、イニシャル、病理検体番号等の個人を特定しうる情報を用いる場合は、明記して下さい。

　（例）情報：病歴、抗がん剤治療の治療歴、副作用等の発生状況、カルテ番号　等

※試料を用いる場合は、試料の種類（血液、手術で摘出した組織等）を記載して下さい。

　（例）試料：血液

※個人識別符号（ゲノムデータ、容貌、虹彩表面の紋様、声の質、歩行の態様、皮下静脈の形状、指紋、掌紋などの身体の特徴をデジタルデータ化したもの）を用いる場合は、明記してください。

　（例）試料：三次元動作分析検査データ

４．お問い合わせ先

※下記の文を用いてください。

※「個人情報は使用しません」「個人情報は一切含めません」「個人情報が院外に出ることはありません」等は使用しないようにして下さい。

本研究に関するご質問等がありましたら下記の連絡先までお問い合わせ下さい。

ご希望があれば、他の研究対象者の個人情報及び知的財産の保護に支障がない範囲内で、研究計画書及び関連資料を閲覧することが出来ますのでお申出下さい。

また、試料・情報が当該研究に用いられることについて患者さんもしくは患者さんの代理人の方にご了承いただけない場合には研究対象としませんので、下記の連絡先までお申出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。

※どの研究対象者の試料・情報であるかが直ちに判別できない状態にあるなどの理由で、患者さんもしくは代理人の方からの利用拒否の申し出に応じられない場合は、その理由をわかりやすく記載してください。

　　照会先および研究への利用を拒否する場合の連絡先：

　　※少なくとも、「住所」、「電話」、「担当者の所属・氏名」は記載のこと

　　｢ファックス｣、｢メールアドレス｣なども記載が望ましい

（例）医療法人社団主体会小山田記念温泉病医院

　　　リハビリテーション科医師　青山　里子

　　　〒511-1111

　　　三重県四日市市山田町5538-1

　　　電話　059-328-1260

　　　ファックス　050-328-3040

　　　メール　seisanri@syutaikai.jp

　　研究責任者：

　　※当施設の研究責任者の所属・氏名を記載して下さい。

　　連絡先担当者が研究責任者の場合、上記で研究責任者と明記して下さい。

　　その上で、本項は不要とします。

-------------------------------------------------------------------以上