　　　（様式９）

年 月 日

**他の研究機関への試料・情報の提供に関する記録**

国立病院機構　医王病院　院長 殿

提供元の機関　名 称：

住 所：

機関の長 氏 名:

責任者 職 名：

　 氏 名： 　　　　　　　　　印

提供先の機関　名　称：国立病院機構　医王病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研究責任者 氏 名：

研究課題「〇〇〇〇」のため、研究に用いる試料・情報を貴施設へ提供いたします。

内容は以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 詳細 |
| 提供する試料・情報の項目 |  |
| 取得の経緯 |  |
| 同意の取得状況 | □あり（方法： ）  □なし |
| 匿名化の有無 | □あり（対応表の作成の有無 □あり □なし ）  □なし |