|  |
| --- |
| 【研究課題名】 |
| 【共同研究の代表研究機関及び研究代表者】  代表研究機関・所属・研究代表者： |
| 【利用・提供の対象となる方】  〇〇年〇月～〇〇年〇月までの間に、〇〇科において△△病と診断され、診断・治療を受けられた方 |
| 【提供をしている検体・診療情報等の項目】  〔検体〕血漿、血清○○μl、DNA、△△…  〔診療情報等〕診断名、年齢、性別、入院日、既往歴、併存疾患名、△△… |
| 【利用の目的】  ○○について、解明することを目的としています。 |
| 【研究について】  遺伝子解析研究　 ( 有 ・ 無 ）  営利企業との共同　( 有 ・ 無 ) |
| 【提供している研究機関及び研究責任者】  １．研究機関・所属・研究責任者を記載  ２．  ３．  ４． |
| 【利用期間】  〇〇年〇月～〇〇年〇月までの間 |
| 【佐賀県医療センター好生館　研究責任者及び問い合わせ担当者】  研 究 責 任 者：○○科　氏名  問い合わせ担当者：○○科　氏名  対 応 可 能 時 間： 平日9時 ～ 16時  電 話　 ：0952－24－2171（代表）  Eメール：[rinsho@koseikan.jp](mailto:rinsho@koseikan.jp)(臨床試験推進部) |

**現在、好生館では、研究のために当館で保管する検体・診療情報等を他の研究機関に対して提供しています。この研究は倫理審査委員会の承認を受けた研究計画書に従い、実施しています。**

研究の詳細についてお知りになりたい、またはこの研究に対して利用・提供してほしくないと思われた際には、好生館の問い合わせ担当者までご連絡ください。