|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 研究の意義・目的 | ※赤字は消去してください。非該当の項目や内容は削除してください。研究の意義・目的を患者さん向けにわかりやすく、平易な言葉で丁寧（です、ます）に記載してください。 |
| 研究を行う  期間 | 機関の長の実施の許可日　～　X年X月  総研究期間を記載してください |
| 研究協力をお願いしたい方(対象者） | 例)X年X月～X年X月に大阪公立大学医学部附属病院の○○○科で、○○○疾患の（診断 or 治療）のため（受診 or 入院） された方が対象となります。 |
| 協力をお願いしたい内容と研究に使わせていただく試料・情報等の項目 | 例１）診療の過程で得られた下記項目を本研究に使用させてください。  例２）過去にご協力いただいた研究（「○○に関する研究」承認番号○○）でご提供いただいた下記項目を本研究に使用させてください。  ※詳細に記載すること  試料：【血液、○○組織、毛髪、唾液、尿、○○】（←使用しない場合は削除）  診療情報等：【病歴、診断名、年齢、性別、入院日、既往歴、検査データ、CT画像、〇〇】 |
| 試料・情報の他機関への  提供 | 例１）この研究は大阪公立大学医学部附属病院○○科のみで行い、他の施設に試料・（←使用しない場合は「試料・」を削除）情報は提供いたしません。  例２）特定の個人を識別できない形で、共同研究機関XX大学○○科に頂いた試料・（←使用しない場合は「試料・」を削除）情報を提供します。  例３）共同研究機関XX大学○○科から試料・情報の提供を受けて研究を実施します。 |
| この研究を行っている共同研究機関 | 例）この研究は大阪公立大学医学部附属病院○○科のみで行います。  当該研究を実施する全ての共同研究機関の名称及び研究責任者の氏名  ※研究機関以外において既存試料・情報の提供を行う者が含まれる場合は、当該者の氏名及び当該者が属する機関の名称も含むこと。ただし、利用する者の数が多く、その全てを個別に列挙して通知し又は公開することが困難な場合については、以下の代替方法によることができる。  ・代表的な研究機関の名称及びその機関の研究責任者の氏名を通知し又は公開した上で、利用する者全体に関する属性等を併せて通知し又は公開することにより、研究対象者等がどの機関まで将来利用されるか判断できる程度に明確にする  ・代表的な研究機関のホームページ等で利用する者の範囲が公表されている場合、そのサイトを摘示して記載する |
| 試料・情報を管理する責任者 | 大阪公立大学大学院医学研究科　○○学　研究責任者○○○○  多施設共同研究の場合  代表研究機関の名称・所属・研究代表者○○○○非該当の項目や内容は削除してください |
| 本研究の  利益相反 | 利益相反の状況については大阪公立大学利益相反マネジメント委員会に報告し、その指示を受けて適切に管理します。  例１）本研究に関連し開示すべき利益相反関係にある企業等はありません。  例２）本研究は、○○会社より研究資金の提供を受け実施しています。 |
| 研究に協力をしたくない  場合 | 下記に連絡することでいつでも本研究への協力を拒否することができます。また、研究への協力を断っても、診療に関する不利益等を受けることはありません。※情報公開のみの場合で、拒否の機会をもうけない場合は行を削除してください。 |
| 連絡先 | ※受付方法（電話、メールなど）とその連絡先、担当者の所属・氏名を記入してください。  例）大阪公立大学大学院医学研究科　○○学  （担当者氏名）○○　○○  電話番号：（○○）○○〇―○○○○  メールアドレス：○○○○＠med.osaka-cu.ac.jp |