病院を受診された患者さまへ

当院では機関長の許可を得て、下記の臨床研究を実施しております。

本研究の対象者に該当する可能性のある方で、診療情報等を研究目的に利用または提供されることを希望されない場合は、下記の問い合わせ先にお問い合わせください。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名  （研究番号） |  |
| 当院の研究責任者  （所属） |  |
| 他の研究機関および  各機関の研究代表者 |  |
| 本研究の目的 |  |
| 研究実施期間 |  |
| 調査データ(該当期間) | 201○年○月〜201△年△月の期間の情報 |
| 研究の方法  （利用する試料・情報等） | ●対象となる患者さま  ●利用する試料・情報 |
| 試料/情報の  他の研究機関への提供  および提供方法 |  |
| 試料・情報の二次利用 |  |
| 個人情報の取り扱い |  |
| 本研究の資金源  （利益相反） |  |
| お問い合わせ先 | 電話：  担当者： |
| 備考 |  |