**宇部興産中央病院で診療を受けられる皆様へ**

当院では、以下の研究を実施しておりますのでお知らせいたします。

また、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、以下の問合せ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。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 研究課題名
 |  |
| 1. 実施予定期間
 | 治験審査委員会承認後 から ○○○○年○○月○○日日付まで記載してください。 |
| 1. 対象患者
 | ④の対象期間中に当院で○○による治療を受けられた患者さん |
| 1. 対象期間
 | ○○○○年○○月○○日 から ○○○○年○○月○○日日付まで記載してください。 |
| 1. 研究機関の名称
 | 宇部興産中央病院 |
| 1. 対象診療科
 |  |
| 1. 研究責任者
 | 氏名 |  | 所属 |  |
| 1. 使用する試料・情報等
 | 「⑧使用する試料・情報等」にはどのような試料・情報を使用するか具体的に記載が必要です。研究計画書の記載と不整合がないように注意してください。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。 |
| 1. 研究の概要
 | 「⑨研究の概要」には背景、目的、使用する試料・情報を用いてどう解析するかなどの記載が必要です。対象者が理解できるように平易な表現としてください。また、試料・情報を共同研究機関や海外に提供する場合は、どのような方法で提供を行うか、研究対象者に分かるよう、必要な範囲でその方法(記録媒体、郵送、電子的配信等)も含めて記載して下さい。 |
| 1. 倫理審査
 | 治験審査委員会承認日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 1. 研究計画書等の閲覧等
 | 研究計画書及び研究の方法に関する資料を他の研究対象者等の個人情報及び知的財産の保護等に支障がない範囲内で入手又は閲覧できます。詳細な方法に関しては以下の問い合わせ先にご連絡ください。 |
| 1. 結果の公表
 | 学会や論文等で公表します。 |
| 1. 個人情報の保護
 | 結果を公表する場合、個人が特定されることはありません。 |
| 1. 知的財産権
 | ○○○○○に帰属します。 |
| 1. 研究の資金源
 |  |
| 1. 利益相反
 | 「⑯利益相反」には、⑮の資金源と本研究の実施に係る研究者の利益相反に関する状況を記載してください。ない場合には「ありません」と記載、ある場合には具体的に記載する必要があります。 |
| 1. 問い合わせ先・

相談窓口 | 宇部興産中央病院　○○○○○科　担当者：○○○○○○ |
| 電話 |  | FAX |  |