     年     月     日

**他の研究機関への試料・情報の提供に関する記録**

提供先の機関の長　様

　提供元の機関：地方独立行政法人大阪府立病院機構母子医療センター

住　　　所：大阪府和泉市室堂町840番地

機関の長　：倉智　博久

責任者職名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　印

提供先の機関　名称：

　　　　　　　　　　研究責任者氏名：

研究課題「○○○○」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 | 例）血液、毛髪 |
| 取得の経緯 | 例）提供元の機関において診療の過程で得られた試料の残余検体 |
| 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 |

以上