＜様式第1号＞ 　受付番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：　　年　　月　　日

**研究計画申請書兼承認（不承認）書**

名古屋市立大学バイオバンク長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 研究責任者　所　　　属

職　・氏名　　　　　　　　　　印

名古屋市立大学バイオバンクで保管・管理する試料を利用した研究を次のとおり行いたいので申請します。

1.　機関内倫理委員会の審査書類

　　（名古屋市立大学バイオバンクから配布を受ける試料を用いることが計画に含まれている審査書を添付すること）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医学系研究倫理審査委員会の審査 | 結果 | 申請予定　　・　　承認済 | |
| 倫理審査委員会 | 名称 | 医学系研究倫理審査委員会 |
| 承認（予定）日 | 年　　月　　日 |

2. 研究に関すること

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①研究課題 | |  | |
| ②研究責任者 | | 所属 |  | |
| 職 |  | |
| 氏名 |  | |
| ③研究目的、医学的意義 | | ※本項目はホームページ上に掲載する可能性がありますので、一般の方向けの文章を記載してください。 | |
| ④研究概要 | | ※本項目はホームページ上に掲載する可能性がありますので、一般の方向けの文章を記載してください。 | |
| ⑤研究方法 | |  | |
| ⑥研究実績 | |  | | |
| ⑦外部機関との共同研究の有無 | 有・無 | 有　・　無　 ※有の場合は以下も記入（研究倫理審査委員会の審査書に記載がある場合は省略可） | | |
| 研究機関 | 名称 |  | |
| 代表者 |  | |
| 住所 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 役割分担 |  | |
| ⑧外部機関への解析依頼の有無 | 有・無 | 有　・　無　 ※有の場合は以下も記入（研究倫理審査委員会の審査書に記載がある場合は省略可） | | |
| 解析機関 | 名称 |  | |
| 担当者 |  | |
| 住所 |  | |
| 電話番号 |  | |
| E-mail |  | |
| ⑨その他特記事項 | |  | | |
| ⑩研究に関する問い合わせ先 | | 担当者 |  | |
| 所属 |  | |
| 職 |  | |
| 電話 |  | |
| E-mail |  | |
| ⑪事務連絡先  ※⑩と異なる場合のみ記入 | | 担当者 |  | |
| 所属 |  | |
| 職 |  | |
| 電話 |  | |
| E-mail |  | |

3. 配布を希望する試料等に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①研究の領域 | ア.がん研究　イ.生活習慣病　ウ.アレルギー疾患　エ.その他（　　　　　） | | | | | |
| ②試料の種類 | ア.組織試料（原則として組織片）  イ.その他（　　　　　） | | | | | | |
| ③使用予定の組織名と数対象正常組織の要・不要 | 組織名 | | 数 | 組織名 | | 数 |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  | 対象正常組織の必要　有・無 | | |
| ④臨床情報  （希望するものにチェック） | □ 年齢 | □ 性別 | | □ 試料採取日 | □ 臓器部位 | |
| □ 感染症情報 | □ 病理組織学的診断 | | □ 腫瘍マーカー検査値 | □ 術前補助的化学療法 | |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ※電子カルテ上に反映されている情報を臨床情報として管理しているため、  　上記情報を必ずしも提供できるとは限りませんのでご了承願います。 | | | | | |
| □ 不要 | | | | | |
| ⑤研究終了後の試料の廃棄方法（残試料を保存する必要がある場合はその理由・方法を記載） |  | | | | | |

（注）

・各機関の倫理審査委員会に提出した研究計画書を参考資料として添付すること。

・各項目に記入しきれない場合、補足して説明が必要な場合は資料を添付すること。

・本申請書の受領後、バイオバンク部会にて審査を行う。バイオバンク部会・医学系研究倫理審査委員会の承認を得られた後、研究成果有体物提供契約の締結を行う。

下記あてに提出してください。

〒467-8601愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1番地 （事務局記入欄）

医学研究推進課研究推進係　バイオバンク担当　　　　　　　　　　　受付日：　　　　年　　　月　　　日

電話：052-853-8077　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付担当者名：

（名古屋市立大学バイオバンク記入欄）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　承認番号　　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名古屋市立大学バイオバンク長

**試料配布承認書・不承認書**

名古屋市立大学バイオバンクで保管・管理する試料を利用して行う上記研究計画について、

承認　・　不承認　といたします。

　 【条件】□ 医学研究倫理委員会での承認を得ること

　　　　 　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）