＜様式第2号の2＞

**試料配布申込書（追加）**

名古屋市立大学バイオバンク長　殿

　名古屋市立大学バイオバンクより組織試料・血液試料（以下「試料等」）の配布を受けたいので、申し込みいたします。

＜理由＞

　＜希望試料等詳細＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 試料の種類 | □ 組織試料（原則として組織片） | □ その他（　　　　　　　　　　　） |
| 使用予定の組織名と数 | 組織名 | 数 | 組織名 | 数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 対象正常組織の必要　有・無 |
| 臨床情報（希望するものにチェック） | □ 人種 | □ 性別 | □ 年齢 | □ 血液型 |
| □ 疾患名 | □ 既往症 | □ 化学療法 | □ 放射線治療 |
| □ 免疫制御療法 | □ 喫煙歴 | □ 飲酒歴 | □ 中毒 |
| □ 薬剤治療 | □ 麻酔薬 | □ 病原微生物検査 | □ 病理診断 |
| □ その他（　　　　　　　　　　　） |
| □ 不要 |

（次ページに署名欄あり）

＜様式第2号の2＞

なお、試料等の配布を受けるにあたり、下記の事項について遵守することを誓います。

　　・配布を受けた試料等は、人間の尊厳について十分な配慮をもって取り扱います。

　　・配布を受けた試料等は、研究計画申請書に記載された研究以外には一切利用しません。

　　・配布を受けた試料等は、十分な管理体制の下、紛失や漏えい等の事故がないよう取り扱います。

　　・研究終了等により試料等を廃棄する場合には、適切に廃棄し、その旨を報告します。

　　・配布を受けた試料等の取扱いや使用による事故、損害等が生じても、名古屋市立大学バイオバンクの責任は一切問いません。

　　・配布を受けた試料等により実施した研究成果を発表する場合には、名古屋市立大学バイオバンクを通じて入手したことを明示します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

研究責任者　所属

職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（共同機関での取り扱いを行う場合は以下にも署名・押印のこと）

研究機関名

研究機関長名　　　　　　　　　　　　　印

下記あてに提出してください。 （事務局記入欄）

〒467-8601愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1番地　　　　　　　　　　　　　　　（受付日：　　　　年　　　月　　　日）

医学研究推進課研究推進係　バイオバンク担当　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受付番号：　　　　　　　　　　　　）

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