西暦　　　　年　　月　　日

症 例 報 告 審 査 申 請 書

申請者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | ： |  |
| 職・氏名 | ： |  |
| 内線番号 | ： |  |
| E-mail | ： |  |

所属診療科等の長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | ： |  |
| 職・氏名 | ： |  |

　下記のとおり、症例報告の倫理審査申請を行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告／発表の方法  (該当する番号を○で囲む。) | 1　論文　　2　学会　　3　その他（　　　　　） |
| 報告／発表の年月日 | (　　　　)年(　　　　)月(　　　　)日 |
| 報告／発表のタイトル(仮題でも可) | 「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」 |
| 報告／発表する症例の件数 | (　　　　)件 |
| 当該報告／発表において表示する個人情報の種目(該当する番号をすべて○で囲む。) | 1　氏名  2　患者ID  3　住所  4　病名  5　病歴  6　単純X線・CT・MRI等の画像情報  7　顔写真  8　遺伝情報  9　その他個人を識別しうる情報(　　　　　　　　　　) |
| 報告／発表に関する学術誌／学会の規程の確認(該当する番号を○で囲む。) | 1　確認済　　2　未確認　　3　規定なし  ※　報告に関する学術誌／学会の規程がある場合は、ご提出をお願いいたします。 |
| 個人が識別されないための措置(匿名化)の方法 |  |
| 今回の症例報告について当該個人から同意を取得した方法(該当する番号を○で囲む。) | 1　文書  2　口頭(下記のア及びイに該当事項を記入)  　ア　説明者と場所：  　イ　同意取得の事実を記録する場所：  3　通知公開(拒否の機会を保証)  4　通知公開のみ／説明なし／無同意  　その理由： |
| 同意取得年月日 | (　　　　)年(　　　　)月(　　　　)日  ※　説明／同意に関する証拠書類を添付すること。  ※　説明文書／通知公開文書には、当該報告の目的、日時、用いる個人情報の種目、匿名化の具体的方法及び報告／発表後の情報の取扱いの方法を明記すること。 |
| 発表後の情報の取扱い | ア　保管期間：  イ　保管場所：  ウ　外部の医療者／研究者への提供(いずれかを○で囲む。)  　1　あり　　2　なし |

受付番号：症例報告第　　号