

公立昭和病院 ヒゲム・遺伝子解析研究の倫理指針 様式一覧 (ver.1)

書式	資料名
書式 3	ヒゲム・遺伝子解析研究申請書
書式 4	ヒゲム・遺伝子解析研究審議依頼書
書式 5	ヒゲム・遺伝子解析研究審議結果通知書
書式 6	ヒゲム・遺伝子解析研究実施計画書等修正報告書
書式 10	ヒゲム・遺伝子解析研究変更申請書
書式 11	ヒゲム・遺伝子解析研究実施状況報告書
書式 17	ヒゲム・遺伝子解析研究終了（中止・中断）報告書
参考書式 1	ヒゲム・遺伝子解析研究に関する指示・決定通知書
様式	資料名
様式 6	ヒゲム・遺伝子解析研究指示事項回答書
様式 18	ヒゲム・遺伝子解析研究同意書
その他 1	ヒゲム・遺伝子解析研究分担医師 [非常勤（医員）] に関わる推薦書
その他 2	ヒゲム・遺伝子解析研究実施計画の概要
その他 3	ヒゲム・遺伝子解析研究実施調査報告書

整理番号	
区分	ヒゲノム・遺伝子解析研究の倫理指針

西暦 年 月 日

ヒゲノム・遺伝子解析研究に関する研究申請書

公立昭和病院 院長 殿

研究責任医師

(氏名) 科 印

下記の研究の承認審議を依頼いたします。なお、ヒゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針および個人情報保護法を遵守して下記の研究を行なうことを誓約します。

記

ヒゲノム・遺伝子解析研究課題名	<input type="checkbox"/> 新規依頼 <input type="checkbox"/> 継続依頼
目標とする被験者数(予定)	例
研究期間	倫理委員会承認後 ~ 西暦 年 月 日
研究分担医師	科
共同研究機関	

添付資料一覧

資料名	作成年月日	版番号
<input type="checkbox"/> 実施計画書	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他	西暦 年 月 日	

<input type="checkbox"/> 研究の場と形態
<input type="checkbox"/> 当院のみで行われる研究 <input type="checkbox"/> 多施設共同研究 <input type="checkbox"/> 主たる研究機関の倫理審査承認書のコピーあり <input type="checkbox"/> 主たる研究機関の倫理審査承認書のコピーなし(最終的に提出必要)
<input type="checkbox"/> 申請書の開示
<input type="checkbox"/> ①申請書の開示:可 <input type="checkbox"/> ②申請書の開示:部分的に不可(その内容(詳しく記載):) <input type="checkbox"/> ③申請書の開示:不可
上記不可(②か③)の時、その理由:
<input type="checkbox"/> ①検体提供者の人権に支障が生じる可能性がある <input type="checkbox"/> ②研究の独創性に支障が生じる可能性がある <input type="checkbox"/> ③知的財産権の保護に支障が生じる可能性がある <input type="checkbox"/> ④その他(詳しく説明:)

研究内容の概要(150 字以上 200 字程度):

整理番号	
区分	ヒゲノム・遺伝子解析研究の倫理指針

西暦 年 月 日

ヒゲノム・遺伝子解析研究審議依頼書

倫理委員会 委員長 殿

公立昭和病院

院長 上西 紀夫 印

下記の審議事項についての審議を依頼いたします。

記

	実施計画書番号
ヒゲノム・遺伝子解析研究課題名	
研究責任医師	
研究分担医師	
共同研究機関	
審議事項 (添付資料)	<input type="checkbox"/> ヒゲノム・遺伝子解析研究の実施の適否 (ヒゲノム・遺伝子解析研究申請書 (西暦 年 月 日付書式3写)) <input type="checkbox"/> ヒゲノム・遺伝子解析研究の継続の適否 <input type="checkbox"/> ヒゲノム・遺伝子解析研究に関する変更 (研究に関する変更申請書 (西暦 年 月 日付書式10写)) <input type="checkbox"/> ヒゲノム・遺伝子解析研究継続審議 (ヒゲノム・遺伝子解析研究実施状況報告書 (西暦 年 月 日付書式11写)) <input type="checkbox"/> その他 ()

整理番号	
区分	ヒゲノム・遺伝子解析研究の倫理指針

西暦 年 月 日

ヒゲノム・遺伝子解析研究審議結果通知書

公立昭和病院 院長 殿

倫理委員会 委員長
香取 竜生 印

審議依頼のあった件についての審議結果を下記のとおり通知いたします。

記

	実施計画書番号	
ヒゲノム・遺伝子解析研究課題名		
審議事項 (審議資料)	<input type="checkbox"/> ヒゲノム・遺伝子解析研究の実施の適否 (ヒゲノム・遺伝子解析研究申請書 (西暦 年 月 日付書式3写)) <input type="checkbox"/> ヒゲノム・遺伝子解析研究の継続の適否 <input type="checkbox"/> ヒゲノム・遺伝子解析研究に関する変更 (研究に関する変更申請書 (西暦 年 月 日付書式10写)) <input type="checkbox"/> ヒゲノム・遺伝子解析研究継続審議 (ヒゲノム・遺伝子解析研究実施状況報告書 (西暦 年 月 日付書式11写)) <input type="checkbox"/> その他 ()	
審議区分	<input type="checkbox"/> 委員会審議 (審議日: 西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 迅速審議 (審議終了日: 西暦 年 月 日)	
審議結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 条件付き承認 <input type="checkbox"/> 不承認 <input type="checkbox"/> 継続審議 <input type="checkbox"/> 変更後再審議 <input type="checkbox"/> 非該当	
「承認」以外の 場合の理由等		
備考		

西暦 年 月 日

研究責任医師 殿
科
個人情報管理者 殿

依頼のあったヒゲノム・遺伝子解析研究に関する審議事項について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

公立昭和病院 院長 上西 紀夫 印

倫理委員会委員出欠リスト

氏名	職業資格及び所属	委員区分	出欠	備考

委員区分	①医学・医療の専門家等自然科学の有識者、②倫理・法律の専門家等人文・社会科学の有識者、③一般の立場を代表する者、④外部委員
出欠について	○（出席し、かつ当該ヒゲム・遺伝子解析研究に関与しない委員）、 －（出席したが、当該ヒゲム・遺伝子解析研究に関与するため審議及び採決に不参加の委員）、×（欠席した委員）
本倫理委員会は、本倫理委員会の標準業務手順書及び「ヒゲム・遺伝子解析研究の倫理指針」に則って組織され、「個人情報保護法」を遵守して活動していることを確認し、保証いたします。	
委員会名：公立昭和病院倫理委員会、住所：東京都小平市花小金井八丁目1番1号	

承認番号	第 号
委員会開催年月日	西暦 年 月 日開催 第 回委員会
ヒゲルム・遺伝子解析研究実施状況報告書 提出期限：西暦 年 月 日	
審議内容：	

整理番号	
区分	ヒゲノム・遺伝子解析研究の倫理指針

西暦 年 月 日

ヒゲノム・遺伝子解析研究実施計画書等修正報告書

公立昭和病院 院長 殿

研究責任医師

(氏名) 科 印

西暦 年 月 日付で「条件付き承認」と通知のあったヒゲノム・遺伝子解析研究実施計画書等について、以下のとおり修正しましたので報告いたします。

記

		実施計画書番号	
ヒゲノム・遺伝子解析研究課題名			
「条件付き承認」の条件・理由等			
対応内容	修正前		修正後
添付資料			
担当者連絡先	氏名 :	所属 :	
	TEL :	FAX :	Email :

上記のヒゲノム・遺伝子解析研究において、以上の修正が承認条件付き承認の条件とした事項を満たしていることを確認いたしました。

西暦 年 月 日

公立昭和病院 院長 上西 紀夫 印

整理番号	
区分	ヒゲム・遺伝子解析研究の倫理指針

西暦 年 月 日

ヒゲム・遺伝子解析研究に関する変更申請書

公立昭和病院 院長 殿

研究責任医師

(氏名) 科 印

下記のヒゲム・遺伝子解析研究において、以下のとおり変更したく、申請いたします。

記

		実施計画書番号		
ヒゲム・遺伝子解析研究課題名				
変更文書等	<input type="checkbox"/> ヒゲム・遺伝子解析研究実施計画書 <input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書 <input type="checkbox"/> その他 ()			
変更内容	変更事項	変更前	変更後	変更理由
添付資料				

整理番号	
区分	ヒゲノム・遺伝子解析研究の倫理指針

西暦 年 月 日

ヒゲノム・遺伝子解析研究実施状況報告書

公立昭和病院 院長 殿

研究責任医師

(氏名) 科 印

下記のヒゲノム・遺伝子解析研究における実施状況を以下のとおり報告いたします。

記

	実施計画書番号
ヒゲノム・遺伝子解析研究課題名	
研究の期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
研究の進捗状況	
試料等の提供・使用状況	①提供された資料等の種類 ②提供された数及び当該試料等の匿名かした数（各種類毎に記載すること） ③提供試料等の使用数
外部機関への試料等の提供	①提供した資料等又は遺伝情報の種類 ②提供先及び提供数 ③提供した事由
その他	(研究時に発生した問題点を記述)

整理番号	
区分	ヒトゲノム・遺伝子解析研究の倫理指針

西暦 年 月 日

ヒトゲノム・遺伝子解析研究終了（中止・中断）報告書

公立昭和病院 院長 殿

研究責任医師

(氏名) 科 印

下記のヒトゲノム・遺伝子解析研究を以下のとおり 終了、 中止、 中断 しましたので報告いたします。

記

	実施計画書番号
ヒトゲノム・遺伝子解析研究課題名	
研究の期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
研究結果の概要等 (中止、中断した場合、その理由も記載)	
試料等の提供・使用状況	①提供された資料等の種類 ②提供された数及び当該試料等の匿名かした数（各種類毎に記載すること） ③提供試料等の使用数
外部機関への試料等の提供	①提供した資料等又は遺伝情報の種類 ②提供先及び提供数 ③提供した事由
その他	(必要時に記入)

西暦 年 月 日

倫理委員会 委員長 殿

上記ヒトゲノム・遺伝子解析研究について以上のとおり通知いたします。

公立昭和病院 院長 上西 紀夫 印

整理番号	
区分	ヒゲム・遺伝子解析研究の倫理指針

西暦 年 月 日

ヒゲム・遺伝子解析研究に関する指示・決定通知書

研究責任医師

(氏名) 科 殿

公立昭和病院

院長 上西 紀夫 印

依頼のあったヒゲム・遺伝子解析研究に関する審議事項について下記のとおり決定しましたので通知いたします。

記

		実施計画書番号	
ヒゲム・遺伝子解析研究課題名			
指示・決定の内容	審議事項 (審議資料)	<input type="checkbox"/> 添付のヒゲム・遺伝子解析研究審議結果通知書 (西暦 年 月 日付書式5写) 審議事項 (審議資料) 欄のとおり <input type="checkbox"/> その他 ()	
	取扱い	<input type="checkbox"/> 条件付き承認 <input type="checkbox"/> 不承認 <input type="checkbox"/> 継続審議 <input type="checkbox"/> 変更後再審議 <input type="checkbox"/> 非該当	
	「取扱い」の条件・理由等		
備考			

整理番号	
区分	ヒゲノム・遺伝子解析研究の倫理指針

西暦 年 月 日

ヒゲノム・遺伝子解析研究指示事項回答書

公立昭和病院 院長 殿

研究責任医師

(氏名) 科 印

西暦 年 月 日付で 「■変更後再審議」 と通知のあった件について、以下のとおり回答いたします。

記

	実施計画書番号
課題名	
指示事項	
対応内容	
添付資料	

「 説明文書

説明文挿入部

* 必須記載事項

1. 試料等の提供は任意であること
2. 試料等の提供の依頼を受けた人は、提供に同意しないことにより不利益な対応を受けないこと
3. 提供者又は代諾者等は、自らが与えたインフォームド・コンセントについて、いつでも不利益を受けることなく文書により撤回することができること(必要に応じて撤回の求めを受け付ける方法を含む。)
4. 提供者又は代諾者等により同意が撤回された場合には、当該撤回に係る試料等及び研究結果が連結不可能匿名化されている場合等を除き、廃棄されること
5. 提供者として選ばれた理由
6. 研究の意義、目的及び方法(対象とする疾患、分析方法等。将来の追加、変更が予想される場合はその旨。単一遺伝子疾患等の場合には研究の必要性、不利益を防止するための措置等の特記事項等。)、期間
7. 共同研究において個人情報了他機関と共同して用いる場合は、(1)共同であること、(2)共同して利用される個人情報の項目、(3)共同して利用する者の範囲、(4)利用する者の利用目的及び(5)当該個人情報の管理について責任を有する者の氏名又は名称
8. 長期間継続する研究の場合、研究を継続して実施するために必要な組織、体制等に対する研究機関としての考え方
9. 提供者からインフォームド・コンセントを受けることが困難な場合、その研究の重要性及び提供者から試料等の提供を受けなければ研究が成り立たない理由
10. 研究責任者の氏名及び職名
11. 予測される研究結果及び提供者等に対して予測される危険や不利益(社会的な差別等社会生活上の不利益も含む。)
12. 提供者及び代諾者等の希望により、他の提供者等の個人情報の保護や研究の独創性の確保に支障が生じない範囲内で研究計画及び研究方法についての資料を入手又は閲覧することができること
13. 提供を受けた試料等又はそれから得られた遺伝情報についての連結可能匿名化又は連結不可能匿名化の別及び匿名化の具体的方法。匿名化できない場合にあっては、その旨及び理由
14. 試料等又はそれから得られた遺伝情報を他の機関へ提供する可能性及びその場合は、倫理審査委員会により、個人情報の取扱い、提供先の機関名、提供先における利用目的が妥当であることについて、審査されていること
15. 研究の一部を委託する場合の匿名化の方法等
16. 遺伝情報の開示に関する事項(非開示にする場合はその理由)
17. 個人情報の開示に関する事項(受付先、受け付ける方法、提供者又は代諾者等であることの確認の方法、開示に当たって手数料が発生する場合はその旨を含む。)
18. 将来、研究の成果が特許権等の知的財産権を生み出す可能性があること。特許権等の知的財産権を生み出した場合の想定される帰属先
19. 試料等から得られた遺伝情報は、匿名化された上、学会等に公表され得ること
20. 試料等の保存及び使用方法
21. 研究終了後の試料等の保存、使用又は廃棄の方法(他の研究への利用の可能性と予測される研究内容を含む。)

22. 試料等をヒト細胞・遺伝子・組織バンクに提供し、一般的に研究用資源として分譲することがあり得る場合には、バンクの学術的意義、当該バンクが運営されている機関の名称、提供される試料等の匿名化の方法及びバンクの責任者の氏名
23. 遺伝カウンセリングの利用に係る情報(単一遺伝子疾患等の場合には、遺伝カウンセリングが利用可能であること等)
24. 研究資金の調達方法
25. 試料等の提供は無償であること
26. 問い合わせ(個人情報の訂正、同意の撤回等)、苦情等の窓口の連絡先等に関する情報

公立昭和病院
院長 殿

私は、医師から「

」について、十分な説明を受け、
納得しましたので、本研究について承諾します。ただし、研究の途中でその中止を要求する権利を留保します。

同意日 : 西暦 年 月 日

患者氏名 :

(代諾者氏名 :)

(代諾者続柄 :)

署名済同意書を確認した日 : 西暦 年 月 日

説明担当医師所属 : 科

説明担当医師氏名 :

注. 患者が未成年者、意識障害者等の場合は、その後見人、配偶者、親権者、扶養義務者等が代諾者として署名捺印すること。また、代諾者が署名捺印した場合は、その理由を下の欄に記入すること。

患者さん保管用

「

」説明文書

説明文挿入部

* 必須記載事項

1. 試料等の提供は任意であること
2. 試料等の提供の依頼を受けた人は、提供に同意しないことにより不利益な対応を受けないこと
3. 提供者又は代諾者等は、自らが与えたインフォームド・コンセントについて、いつでも不利益を受けることなく文書により撤回することができること(必要に応じて撤回の求めを受け付ける方法を含む。)
4. 提供者又は代諾者等により同意が撤回された場合には、当該撤回に係る試料等及び研究結果が連結不可能匿名化されている場合等を除き、廃棄されること
5. 提供者として選ばれた理由
6. 研究の意義、目的及び方法(対象とする疾患、分析方法等。将来の追加、変更が予想される場合はその旨。単一遺伝子疾患等の場合には研究の必要性、不利益を防止するための措置等の特記事項等。)、期間
7. 共同研究において個人情報了他機関と共同して用いる場合は、(1)共同であること、(2)共同して利用される個人情報の項目、(3)共同して利用する者の範囲、(4)利用する者の利用目的及び(5)当該個人情報の管理について責任を有する者の氏名又は名称
8. 長期間継続する研究の場合、研究を継続して実施するために必要な組織、体制等に対する研究機関としての考え方
9. 提供者からインフォームド・コンセントを受けることが困難な場合、その研究の重要性及び提供者から試料等の提供を受けなければ研究が成り立たない理由
10. 研究責任者の氏名及び職名
11. 予測される研究結果及び提供者等に対して予測される危険や不利益(社会的な差別等社会生活上の不利益も含む。)
12. 提供者及び代諾者等の希望により、他の提供者等の個人情報の保護や研究の独創性の確保に支障が生じない範囲内で研究計画及び研究方法についての資料を入手又は閲覧することができること
13. 提供を受けた試料等又はそれから得られた遺伝情報についての連結可能匿名化又は連結不可能匿名化の別及び匿名化の具体的方法。匿名化できない場合にあっては、その旨及び理由
14. 試料等又はそれから得られた遺伝情報を他の機関へ提供する可能性及びその場合は、倫理審査委員会により、個人情報の取扱い、提供先の機関名、提供先における利用目的が妥当であることについて、審査されていること
15. 研究の一部を委託する場合の匿名化の方法等
16. 遺伝情報の開示に関する事項(非開示にする場合はその理由)
17. 個人情報の開示に関する事項(受付先、受け付ける方法、提供者又は代諾者等であることの確認の方法、開示に当たって手数料が発生する場合はその旨を含む。)
18. 将来、研究の成果が特許権等の知的財産権を生み出す可能性があること。特許権等の知的財産権を生み出した場合の想定される帰属先
19. 試料等から得られた遺伝情報は、匿名化された上、学会等に公表され得ること
20. 試料等の保存及び使用方法
21. 研究終了後の試料等の保存、使用又は廃棄の方法(他の研究への利用の可能性と予測される研究内容を含む。)

22. 試料等をヒト細胞・遺伝子・組織バンクに提供し、一般的に研究用資源として分譲することがあり得る場合には、バンクの学術的意義、当該バンクが運営されている機関の名称、提供される試料等の匿名化の方法及びバンクの責任者の氏名
23. 遺伝カウンセリングの利用に係る情報(単一遺伝子疾患等の場合には、遺伝カウンセリングが利用可能であること等)
24. 研究資金の調達方法
25. 試料等の提供は無償であること
26. 問い合わせ(個人情報の訂正、同意の撤回等)、苦情等の窓口の連絡先等に関する情報

公立昭和病院
院長 殿

私は、医師から「

」について、十分な説明を受け、
納得しましたので、本研究について承諾します。ただし、研究の途中でその中止を要求する権利を留保します。

同意日 : 西暦 年 月 日

患者氏名 :

(代諾者氏名 :)

(代諾者続柄 :)

署名済同意書を確認した日 : 西暦 年 月 日

説明担当医師所属 : 科

説明担当医師氏名 :

注. 患者が未成年者、意識障害者等の場合は、その後見人、配偶者、親権者、扶養義務者等が代諾者として署名捺印すること。また、代諾者が署名捺印した場合は、その理由を下の欄に記入すること。

公立昭和病院保管用
総務課保管

「

」説明文書

説明文挿入部

* 必須記載事項

1. 試料等の提供は任意であること
2. 試料等の提供の依頼を受けた人は、提供に同意しないことにより不利益な対応を受けないこと
3. 提供者又は代諾者等は、自らが与えたインフォームド・コンセントについて、いつでも不利益を受けることなく文書により撤回することができること(必要に応じて撤回の求めを受け付ける方法を含む。)
4. 提供者又は代諾者等により同意が撤回された場合には、当該撤回に係る試料等及び研究結果が連結不可能匿名化されている場合等を除き、廃棄されること
5. 提供者として選ばれた理由
6. 研究の意義、目的及び方法(対象とする疾患、分析方法等。将来の追加、変更が予想される場合はその旨。単一遺伝子疾患等の場合には研究の必要性、不利益を防止するための措置等の特記事項等。)、期間
7. 共同研究において個人情報了他機関と共同して用いる場合は、(1)共同であること、(2)共同して利用される個人情報の項目、(3)共同して利用する者の範囲、(4)利用する者の利用目的及び(5)当該個人情報の管理について責任を有する者の氏名又は名称
8. 長期間継続する研究の場合、研究を継続して実施するために必要な組織、体制等に対する研究機関としての考え方
9. 提供者からインフォームド・コンセントを受けることが困難な場合、その研究の重要性及び提供者から試料等の提供を受けなければ研究が成り立たない理由
10. 研究責任者の氏名及び職名
11. 予測される研究結果及び提供者等に対して予測される危険や不利益(社会的な差別等社会生活上の不利益も含む。)
12. 提供者及び代諾者等の希望により、他の提供者等の個人情報の保護や研究の独創性の確保に支障が生じない範囲内で研究計画及び研究方法についての資料を入手又は閲覧することができること
13. 提供を受けた試料等又はそれから得られた遺伝情報についての連結可能匿名化又は連結不可能匿名化の別及び匿名化の具体的方法。匿名化できない場合にあっては、その旨及び理由
14. 試料等又はそれから得られた遺伝情報を他の機関へ提供する可能性及びその場合は、倫理審査委員会により、個人情報の取扱い、提供先の機関名、提供先における利用目的が妥当であることについて、審査されていること
15. 研究の一部を委託する場合の匿名化の方法等
16. 遺伝情報の開示に関する事項(非開示にする場合はその理由)
17. 個人情報の開示に関する事項(受付先、受け付ける方法、提供者又は代諾者等であることの確認の方法、開示に当たって手数料が発生する場合はその旨を含む。)
18. 将来、研究の成果が特許権等の知的財産権を生み出す可能性があること。特許権等の知的財産権を生み出した場合の想定される帰属先
19. 試料等から得られた遺伝情報は、匿名化された上、学会等に公表され得ること
20. 試料等の保存及び使用方法
21. 研究終了後の試料等の保存、使用又は廃棄の方法(他の研究への利用の可能性と予測される研究内容を含む。)

22. 試料等をヒト細胞・遺伝子・組織バンクに提供し、一般的に研究用資源として分譲することがあり得る場合には、バンクの学術的意義、当該バンクが運営されている機関の名称、提供される試料等の匿名化の方法及びバンクの責任者の氏名
23. 遺伝カウンセリングの利用に係る情報(単一遺伝子疾患等の場合には、遺伝カウンセリングが利用可能であること等)
24. 研究資金の調達方法
25. 試料等の提供は無償であること
26. 問い合わせ(個人情報の訂正、同意の撤回等)、苦情等の窓口の連絡先等に関する情報

公立昭和病院
院長 殿

私は、医師から「

」について、十分な説明を受け、
納得しましたので、本研究について承諾します。ただし、研究の途中でその中止を要求する権利を留保します。

同意日 : 西暦 年 月 日

患者氏名 :

(代諾者氏名 :)

(代諾者続柄 :)

署名済同意書を確認した日 : 西暦 年 月 日

説明担当医師所属 : 科

説明担当医師氏名 :

注. 患者が未成年者、意識障害者等の場合は、その後見人、配偶者、親権者、扶養義務者等が代諾者として署名捺印すること。また、代諾者が署名捺印した場合は、その理由を下の欄に記入すること。

研究責任医師保管用

「様式第29号」は専用様式のため非掲載とする

その他1号

整理番号	
区分	ヒゲノム・遺伝子解析研究の倫理指針

西暦 年 月 日

研究分担医師 [非常勤(医員)]に関わる推薦書

公立昭和病院 院長 殿

研究責任医師

所属 科
氏名 印

下記の非常勤(医員)の医師は、ヒゲノム・遺伝子解析研究分担医師として適任と判断したため推薦いたします。

なお、非常勤(医員)としての任用あるいは在籍期間が当該ヒゲノム・遺伝子解析研究を担当するのに十分であることを確認しました。

記

職名	氏名

		実施計画書番号	
ヒゲノム・遺伝子解析研究課題名			
研究予定期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日		

その他2号

整理番号	
区分	ヒトゲノム・遺伝子解析研究の倫理指針

ヒトゲノム・遺伝子解析研究実施計画の概要

(記入項目例を以下に表示, 必須記載項目があれば追加のこと)

区 分	
目 的	
対 象	
対象疾患	
選択基準	
除外基準	
観察項目	
評価項目	
目標症例数	全国 施設, 合計 例
実施予定期間	西暦 年 月 日～西暦 年 月 日
備 考	