（様式１）

国立病院機構さいがた医療センター倫理審査申請書

平成　　年　　月　　日提出

国立病院機構さいがた医療センター　院長　殿

　　　　　所　　　属

　　　　　職　　　名

　　　　　申請者氏名

さいがた医療センター倫理審査委員会規程による審査を申請します。

|  |
| --- |
| １．課 題 名  ＊受付番号 |
| ２．代表者名　　　　　　　　　　　　　所属　　　　　　職名 |
| ３．共同担当者名　　　　　　　　　　　所属　　　　　　職名 |
| ４．概　　要（具体的に記載すること）  （１）目的  （２）対象及び方法  　　　対象：  　　　方法：  （３）実施場所及び実施期間  　　　場所：  　　　期間：  （４）審査を希望する理由 |
| ５．人間を直接対象とした医学的研究及び医療行為における倫理的配慮について  （１）医学的研究及び医療行為の対象となる個人への人権の擁護  （２）医学的研究及び医療行為の対象となる個人への利益と不利益  （３）医学的貢献度  （４）医学的研究及び医療行為の対象となる個人に理解を求め同意を得る方法 |
| ６．その他の参考事項（本課題に関連した国内外の事情、文献など）  　＜引用文献＞  　　１）　　　：  　　２）　　　：  　＜参考文献＞  　　１）　　　：  　　２）　　　： |

注意事項　１．１～５は必ず記入すること。

　　　　　２．審査対象となる参考資料があれば2部添付してください。

　　　　　３．申請受付日時は、毎月末までとする。

　　　　　４．＊印は記入しないこと。