受理番号：

受理年月日：

申請日　　　年　　 月　 　日

**研 究 倫 理 審 査 申 請 書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 研究代表者（申請者）   所属・職名：  氏　　　名： | | | | |
| 連絡先 | 電話番号：  緊急時の連絡先： | | | |
| e-mail：　　　　　　　　　 　@ | | | |
| 研究倫理教育・研修の受講：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　受講済 | | | | |
| 研究班の構成（研究分担者） | 氏名 | 所属 | 職名等 | 申請前1年間における  研究倫理教育・研修の受講 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
| 2. 研究テーマ： | | | | |
| 1. 本研究の目的・意義： | | | | |
| 4. 研究対象者：（Ａ，Ｂ 項目共にあてはまるものにレ印をつけてください）  Ａ： □成人（20歳以上）  □未成年者（20歳未満）  □両者混在  Ｂ： □患者（ □入院患者　□外来患者　□在宅患者 ）　□患者家族  　　　 □学部生（ □本学部　□他学部　□他校：学校名　　　　 　　　　　　　　　　 ）   * 院生（ □本研究科　□他研究科　□他校：学校名　　　　　　　　　　　　 ）   　　　 □妊婦／胎児　 □小児（年齢　　　　　　　　 ）  □知的障害者　 □精神障害者　 □意識障害者 □認知症患者  □医療者（具体的に：　　　　　　　　　　 ） □その他（　　　 　　　　　）  　 Ｃ：対象者総数（　　　　　　　　　） | | | | |
| 1. 研究方法 | | | | | |
| 1. 本研究で対象者が行うこと： | | | | | |
| 7. 対象者の抽出および依頼の方法：（対象者が署名する対象者への説明文・同意書を添付して下さい）  ①対象の抽出方法：  ②研究協力の依頼方法：  ③拒否しても不利益を受けない権利を保証する方法： | | | | | |
| 8. 対象者に与えるリスクと対応：   1. リスクの内容（リスクなしと書かないこと）： 2. リスクへの対応や措置： | | | | | |
| 9. 器具・装置の装着、薬物の使用の有無：　　□有　　　　　□無  　　　①有る場合はその内容： | | | | | |
| 10. データの匿名性を保証する措置： | | | | | |
| 11. 資料・試料の保管方法、廃棄方法（保管期間は、研究終了後10年間） | | | | | |
| 12. 研究成果の公開方法： | | | | | |
| 13. 研究対象者への謝礼（それに準ずるもの）の有無：　　□有　　　　 □無  ①有る場合はその謝礼の形態と程度（金額など）：  ②謝礼に準ずるものがある場合はその内容： | | | | | |
| 14. 研究によってもたらされる利益・貢献：   1. 研究対象者に直接的にもたらされる利益（謝礼を除く）： 2. 社会への貢献： | | | | | |
| 15. 調査等を実施する施設責任者に対する研究協力の依頼方法： | | | | | |
| 16. 研究資金助成の有無：　　 □助成受託中　　　□審査中　　　　□無  有る場合は助成機関名：  助成金名称：  　研究テーマ： | | | | | |
| 17. 本研究科以外の研究倫理委員会承認の有無：　　□有　　　　□審査中　　　　□無  （有る場合は当該委員会発行許可書のコピーを添付してください） | | | | | |
| 確認事項：   1. 本研究の実施手順に何らかの変更が生じる場合には、必ず変更前に再度審査を受けることを了承します。 2. 対象者に関する問題が生じた場合には、ただちに研究倫理審査委員会に連絡します。 3. 研究実施期間中は、1年に一回、研究倫理教育・研修を受けます。 4. 大学院生が研究分担者の場合、大学院生に対して、研究実施期間中、１年に一回、上記の教育・研修を受けることを指導します。   申請者氏名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |