

区分 複数チェック可 (事務局記入欄)	<input type="checkbox"/> 企業研究 <input type="checkbox"/> 介入 <input type="checkbox"/> 新たな検体・情報収集伴う <input type="checkbox"/> 既存試料・情報を用いる <input type="checkbox"/> レジストリ <input type="checkbox"/> 症例報告 <input type="checkbox"/> ゲノム <input type="checkbox"/> 製造販売後調査 <input type="checkbox"/> 他機関への提供 <input type="checkbox"/> その他()
	受付日:(西暦) 年 月 日
	管理番号: (<input type="checkbox"/> 他院IRBへ依頼:依頼先)

書式0 (医学系研究)

西暦 年 月 日

臨床研究・治験審査委員会 初回提出書類チェックリスト

各 1 部を臨床研究・治験審査委員会事務局に提出

チェック欄	資料名	事務局チェック
必須 <input type="checkbox"/>	医学系研究申請書(書式 1)	
必須 <input type="checkbox"/>	研究実施計画書(書式は規定なし、多施設共同研究の場合は共通の計画書)	
<input type="checkbox"/>	被験者への説明文書および同意文書(書式は規定なし)	
<input type="checkbox"/>	情報公開用 医学系研究の概要(書式 13: オプトアウト用説明文書)	
<input type="checkbox"/>	症例登録票・症例報告書の見本(計画書でデータ項目が明記されていれば略可)	
<input type="checkbox"/>	質問紙調査票の見本(質問紙・アンケートを用いた調査の場合)	
<input type="checkbox"/>	薬剤・機器添付文書、文献、その他資料の写し	
必須 <input type="checkbox"/>	研究倫理セミナー受講証の写し(研究責任者・分担者 全員分) 院内セミナーの場合、3年以内の受講済み者の名前を以下に記載してもよい(事務局で確認します) 研究責任者() 分担研究者()	
<input type="checkbox"/>	補償・賠償保険への加入を証明できるものの写し(介入研究で補償が必要な場合)	
必須 <input type="checkbox"/>	佐久総合病院グループにおける利益相反自己申告書(研究責任者・担当者全員分)	
<input type="checkbox"/>	主任研究者の医療機関等からの承認書の写し (多施設共同研究で他の倫理審査委員会等で承認されている場合)	
<input type="checkbox"/>	重篤な有害事象発生時の報告・対応マニュアル (多施設共同研究で統一のものを使用する場合)	
<input type="checkbox"/>	症例報告の概要(10例以下の症例報告の場合のみ、計画書の代わりに概要でもよい)	
<input type="checkbox"/>	その他()	
<input type="checkbox"/>	その他()	
備考		

※ 添付する書類にチェックしてください。

区分 (事務局記入欄)	<input type="checkbox"/> 通常審査 <input type="checkbox"/> 迅速審査 <input type="checkbox"/> その他()
	管理番号:

書式1 (医学系研究)

西暦 年 月 日

医学系研究申請書

長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院グループ

統括院長 殿

臨床研究・治験審査委員会 委員長 殿

研究責任者

(所属) _____

(氏名) _____

下記の医学系研究を申請いたします。

記

研究課題名	
研究の種類 ※ 該当するもの すべてにチェック	<input type="checkbox"/> 介入を伴う研究(<input type="checkbox"/> 予防・診断・治療 <input type="checkbox"/> 看護・介護・健康指導 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 新たに検体・データ収集する観察研究(<input type="checkbox"/> アンケート <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 観察・検査 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 残余検体を用いた観察研究 <input type="checkbox"/> 既存データを用いた観察研究 (<input type="checkbox"/> 10例を超える <input type="checkbox"/> 10例以下の症例報告) <input type="checkbox"/> レジストリ・疾患登録 <input type="checkbox"/> ヒトゲノム・遺伝子解析研究 <input type="checkbox"/> その他()
研究組織	<input type="checkbox"/> 単施設(佐久病院グループ内の複数病院の場合は単施設とする) <input type="checkbox"/> 多施設(研究代表者: _____ 組織: _____)
研究の意義・目的	
対象と方法	
目標・予定症例数	例(多施設研究の場合、当院の目標症例数: _____ 例)
研究期間	西暦 年 月 日(<input type="checkbox"/> 承認日) ~ 西暦 年 月 日
研究費	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 公的研究費 <input type="checkbox"/> 企業等からの研究費 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> なし
インフォームド・ コンセント	<input type="checkbox"/> 文書による同意 <input type="checkbox"/> 口頭同意 <input type="checkbox"/> オプトアウト <input type="checkbox"/> その他()
個人情報保護 (カルテ番号・氏名等)	<input type="checkbox"/> 入手しない <input type="checkbox"/> 個人情報を復元できない匿名加工された情報を用いる <input type="checkbox"/> 個人情報を用いる(<input type="checkbox"/> 匿名化 <input type="checkbox"/> 匿名化なし) <input type="checkbox"/> その他()
(介入研究の場合) 研究計画の データベース登録	<input type="checkbox"/> 登録未 <input type="checkbox"/> 国立大学病院:UMIN <input type="checkbox"/> 医薬情報センター:JapicCTI <input type="checkbox"/> 医師会:JMACCT 登録日(西暦 年 月 日) データベース番号()
当院での連絡先	<input type="checkbox"/> 本院 <input type="checkbox"/> 医療センター <input type="checkbox"/> 小海分院 <input type="checkbox"/> () 氏名: _____ 所属・職名: _____
(企業研究の場合) 企業名・責任者	
当院の研究担当者 研究支援者 (所属・名前)	

※ 本書類は1ページにおさめること

医学系研究審査依頼書(通常審査)

長野県厚生農業協同組合連合会
佐久総合病院グループ
臨床研究・治験審査委員会 委員長 殿

長野県厚生農業協同組合連合会
佐久総合病院グループ 統括院長

下記の医学系研究について審査を依頼いたします。

記

研究責任者 所属・氏名	<input type="checkbox"/> 本院 <input type="checkbox"/> 医療センター <input type="checkbox"/> 小海分院 <input type="checkbox"/> その他()
研究課題名	
審査事項 (添付資料)	<input type="checkbox"/> 研究の実施の適否 (医学系研究申請書(西暦 年 月 日付書式1)) <input type="checkbox"/> 研究の継続の適否 <input type="checkbox"/> 重篤な有害事象等 (<input type="checkbox"/> 重篤な有害事象に関する報告書(第 報)(西暦 年 月 日付書式8)) (<input type="checkbox"/> 重篤な有害事象に関する報告書(第 報)(西暦 年 月 日付書式8)) <input type="checkbox"/> 安全性情報等 (<input type="checkbox"/> 安全性情報等に関する報告書(西暦 年 月 日付書式7)) <input type="checkbox"/> 研究に関する変更 (医学系研究に関する変更申請書(西暦 年 月 日付書式4)) <input type="checkbox"/> 継続審査 (医学系研究実施状況報告書(西暦 年 月 日付書式5)) <input type="checkbox"/> その他()
備考	

医学系研究審査結果通知書(通常審査・迅速審査)

長野県厚生農業協同組合連合会
佐久総合病院グループ 統括院長 殿

長野県厚生農業協同組合連合会
佐久総合病院グループ
臨床研究・治験審査委員会
委員長 _____ 印

審査依頼のあった件についての審査結果を、下記のとおり通知いたします。

記

研究課題名	
研究責任者 所属・氏名	<input type="checkbox"/> 本院 <input type="checkbox"/> 医療センター <input type="checkbox"/> 小海分院 <input type="checkbox"/> その他()
審査事項 (審査資料)	<input type="checkbox"/> 研究の実施の適否 (医学系研究申請書(西暦 年 月 日付書式1)) <input type="checkbox"/> 研究の継続の適否 <input type="checkbox"/> 重篤な有害事象等 (<input type="checkbox"/> 重篤な有害事象に関する報告書(第 報)(西暦 年 月 日付書式8)) (<input type="checkbox"/> 重篤な有害事象に関する報告書(第 報)(西暦 年 月 日付書式8)) <input type="checkbox"/> 安全性情報等 (<input type="checkbox"/> 安全性情報等に関する報告書(西暦 年 月 日付書式7)) <input type="checkbox"/> 研究に関する変更 (医学系研究に関する変更申請書(西暦 年 月 日付書式4)) <input type="checkbox"/> 継続審査 (医学系研究実施状況報告書(西暦 年 月 日付書式5)) <input type="checkbox"/> その他()
審査内容	
審査区分	<input type="checkbox"/> 委員会通常審査(審査日:西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 迅速審査(審査終了日:西暦 年 月 日)
審査結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 条件付承認 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 既承認事項の取り消し <input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> その他
「承認」以外の 場合の理由等	<input type="checkbox"/> 計画内容の不備 <input type="checkbox"/> 記載項目不備 <input type="checkbox"/> 誤記 <input type="checkbox"/> 申請書類の不備 <input type="checkbox"/> 同意説明文書の形式・内容の不備 <input type="checkbox"/> その他
備考	

西暦 年 月 日

研究責任者(所属・氏名) _____ 殿

研究依頼者(組織・氏名) _____ 殿

申請のあった医学系研究に関する審査事項について、上記のとおり決定しましたので、通知いたします。

長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院グループ 統括院長 印

書式4(医学系研究)

西暦 年 月 日

医学系研究に関する変更申請書

長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院グループ

統括院長 殿

臨床研究・治験審査委員会 委員長 殿

研究責任者

(所属) _____

(氏名) _____

下記の研究において、以下のとおり変更したく、申請いたします。

記

研究課題名			
(企業研究の場合) 企業名			
変更文書等	<input type="checkbox"/> 研究実施計画書 <input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書 <input type="checkbox"/> 研究責任者 <input type="checkbox"/> 調査票・質問紙(アンケート等) <input type="checkbox"/> その他()		
変更事項	変更前	変更後	変更理由
添付資料			
当院での連絡先	<input type="checkbox"/> 本院 <input type="checkbox"/> 医療センター <input type="checkbox"/> 小海分院 <input type="checkbox"/> () 氏名: _____ 所属・職名: _____		

医学系研究実施状況報告書

長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院グループ

統括院長 殿

臨床研究・治験審査委員会 委員長 殿

研究責任者

(所属)

(氏名)

下記の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

研究課題名	
(企業研究の場合) 企業名	
実績	同意取得例数 : 例(オプトアウトを採用している場合は記入不要) 実施例数 : 例 (西暦 年 月 日現在)
研究期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
研究実施状況	研究進捗 安全性(介入研究の場合) 倫理指針・研究計画書の遵守状況 □遵守 □逸脱() その他(中間解析結果等)
当院での連絡先	□本院 □医療センター □小海分院 □() 氏名: 所属・職名:

緊急の危険を回避するための実施計画書等からの逸脱に関する報告書

長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院グループ

統括院長 殿

臨床研究・治験審査委員会 委員長 殿

研究依頼者(企業研究の場合)

(組織) _____ 殿

研究責任者

(所属) _____

(氏名) _____

下記の医学系研究等において、被験者の緊急の危険を回避するために以下のとおり実施計画書等からの逸脱を行いましたので報告いたします。

記

研究課題名			
被験者識別コード			
逸脱の内容 (資料名(添付する場合)を併記)	逸脱した理由等		
当院での連絡先	<input type="checkbox"/> 本院 氏名:	<input type="checkbox"/> 医療センター <input type="checkbox"/> 小海分院 所属・職名:	<input type="checkbox"/> ()

安全性情報等に関する報告書

長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院グループ

統括院長 殿

臨床研究・治験審査委員会 委員長 殿

研究責任者

(所属)

(氏名)

下記の研究において、以下の事項を知りましたので報告いたします。

記

研究課題名	
(企業研究の場合) 企業名	
有害事象等の概要	<input type="checkbox"/> 他院で発生した重篤な有害事象 <input type="checkbox"/> 1. 死亡又は死亡につながるおそれ(<input type="checkbox"/> 既知 <input type="checkbox"/> 未知) <input type="checkbox"/> 2. 治療のための入院・入院期間の延長、障害(そのおそれを含む) (<input type="checkbox"/> 既知 <input type="checkbox"/> 未知) <input type="checkbox"/> 3. 1又は2に準じて重篤、先天異常等(<input type="checkbox"/> 既知 <input type="checkbox"/> 未知) <input type="checkbox"/> 4. 1～3のいずれにも該当しない(重篤でない)
	<input type="checkbox"/> 研究報告 <input type="checkbox"/> 措置報告 <input type="checkbox"/> 使用上の注意改訂のお知らせ <input type="checkbox"/> その他()
研究責任者の見解	研究の継続 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 研究実施計画書の改訂 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 説明文書、同意文書の改訂 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 その他()
添付資料	
備考	

※ 本書類は、原則として介入研究において使用

※ 当院で発生した重篤な有害事象については、書式8または当該研究の規定様式を用いて報告する

重篤な有害事象に関する報告書(第 報)

長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院グループ

統括院長 殿

臨床研究・治験審査委員会 委員長 殿

研究依頼者(企業研究の場合)

(組織) 殿

研究責任者

(所属)

(氏名)

下記の医学系研究等において、以下のとおり重篤と判断される有害事象を認めたので報告いたします。

記

研究課題名	
被験者識別コード	
生年月日	(西暦) 年 月 日(年齢: 歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
報告内容	有害事象名: <input type="checkbox"/> 既知 <input type="checkbox"/> 未知 有害事象発現日:(西暦) 年 月 日 重篤と判断した理由(複数選択可): <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 死亡のおそれ <input type="checkbox"/> 入院または入院期間の延長 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 先天異常 <input type="checkbox"/> 上記に準じて重篤 <input type="checkbox"/> 上記以外() 試験治療・試験薬・試験機器・手技等の介入との因果関係: 介入内容:() <input type="checkbox"/> 否定できない <input type="checkbox"/> 否定できる <input type="checkbox"/> 不明 転帰(詳細報告では別紙として添付): <input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 後遺症あり <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 経過、対応(詳細報告では別紙として添付):
有害事象に対する措置	研究の中断 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 研究実施計画書の改訂 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 保留 説明文書・同意文書の改訂 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 保留
共同研究機関への周知等	共同研究機関への周知 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不要(理由:) 当該企業への報告 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不要(理由:) 厚生労働省への報告 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不要(理由:)
添付資料 (詳細報告では必須)	

※ 本書類は、原則として介入研究において使用、当該研究の規定様式の使用も可

医学系研究等終了(中止・中断)報告書

長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院グループ

統括院長 殿

臨床研究・治験審査委員会 委員長 殿

研究責任者

(所属)

(氏名)

下記の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

研究課題名	
実績	同意取得例数 : 例 実施例数 : 例
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)	研究結果の概要(論文・抄録添付でも可) 安全性(介入研究の場合) 倫理指針遵守状況 <input type="checkbox"/> 遵守 <input type="checkbox"/> 逸脱() その他

医学系研究審査依頼書・報告書(事前・迅速審査)

臨床研究・治験審査委員会小委員会

委員 _____ 殿

長野県厚生農業協同組合連合会
佐久総合病院グループ
臨床研究・治験審査委員会小委員会
委員長

下記の研究につきまして、事前審査(持ち回り)・迅速審査となりましたので、審査をお願い致します。

記

研究課題名		
研究申請者 所属・氏名		<input type="checkbox"/> 本院 <input type="checkbox"/> 医療センター <input type="checkbox"/> 小海分院 <input type="checkbox"/> その他()
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続(<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 実施状況 <input type="checkbox"/> その他)	
確認結果	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし	
理由 (問題ありの場合)	<input type="checkbox"/> 計画内容の不備 <input type="checkbox"/> 記載項目不備 <input type="checkbox"/> 誤記 <input type="checkbox"/> 利益相反 <input type="checkbox"/> 申請書類の不備 <input type="checkbox"/> 説明文書・同意文書の不備 <input type="checkbox"/> その他	
コメント(あれば記載をお願い致します)		
確認日:(西暦)	年 月 日	委員署名 _____

注) 本書類は記載後、1週間程度で臨床研究・治験センター(部屋またはポスト)にご提出をお願い致します。

1週間以上かかる場合は臨床研究・治験センターにご連絡ください。

医学系研究事前審査における意見書

研究責任者

殿

研究依頼者(企業研究の場合)

(組織)

殿

長野県厚生農業協同組合連合会
佐久総合病院グループ
臨床研究・治験審査委員会小委員会
委員長

審査依頼のあった件についての事前審査結果を、下記のとおり通知いたします。

記

研究課題名	
研究責任者 所属・氏名	<input type="checkbox"/> 本院 <input type="checkbox"/> 医療センター <input type="checkbox"/> 小海分院 <input type="checkbox"/> その他()
審査事項 (審査資料)	<input type="checkbox"/> 研究の実施の適否(医学系研究申請書(西暦 年 月 日付書式1)) <input type="checkbox"/> その他()
審査区分	<input type="checkbox"/> 事前審査(審査終了日:西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(審査終了日:西暦 年 月 日)
事前審査での意見	<input type="checkbox"/> 計画内容の不備 <input type="checkbox"/> 記載項目不備 <input type="checkbox"/> 誤記 <input type="checkbox"/> 申請書類の不備 <input type="checkbox"/> 説明文書・同意文書の形式・内容の不備 <input type="checkbox"/> その他
意見の詳細	

実施計画書等からの逸脱に関する報告書

長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院グループ

統括院長 殿

臨床研究・治験審査委員会 委員長 殿

研究依頼者(企業研究の場合)

(組織) 殿

研究責任者

(所属)

(氏名)

下記の医学系研究等において、以下のとおり実施計画書等からの逸脱がありましたので報告いたします。
記

研究課題名			
被験者識別コード			
逸脱の内容 (資料名(添付する場合)を併記)	逸脱した理由等		
当院での連絡先	<input type="checkbox"/> 本院	<input type="checkbox"/> 医療センター	<input type="checkbox"/> 小海分院 <input type="checkbox"/> ()
	氏名:	所属・職名:	

注)患者個々に対しての逸脱時に記載する。

本書式は研究の進行上問題と考える逸脱発生時に使用する。

逸脱についてはシステムの要因を発見し対策を立案・実施することが目的なので、逸脱理由・考察を経時的に記載すること。

区分 (事務局記入欄)	管理番号: 倫理審査承認日:
----------------	-------------------

書式13 (医学系研究)

医学系研究の概要

研究タイトル	
当院の研究責任者 (所属)	
研究の対象	
研究目的・方法	
予定研究期間	
研究に用いる情報の項目	
他の機関への情報の提供・公開と方法	他の機関への情報提供 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
研究組織	
研究への情報利用を断りたい場合	
連絡・問い合わせ先 (研究代表者等)	〒 TEL: FAX:

他の研究機関への試料・情報の提供に関する記録

(提供先の機関の長) 殿

提供元の機関 名称:
 住所:
 機関の長:
 責任者 職名
 氏名:
 提供先の機関 名称:
 研究責任者:

研究課題「 」のため、研究に用いる試料・情報を貴施設へ提供いたします。内容は以下のとおりです。

記

内容	詳細
提供する試料・情報の項目	
取得の経緯	
同意の取得状況	<input type="checkbox"/> あり(方法:) <input type="checkbox"/> なし
匿名化の有無	<input type="checkbox"/> あり(対応表の作成の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> なし

以上

他の研究機関への既存試料・情報の提供に関する届出書

(提供元の機関の長の氏名) 殿

報告者 所属組織
職名
氏名

当施設における「人を対象とした医学系研究の実施に関する規程」に基づき、当施設で保有する既存試料・情報を、他の研究機関へ提供いたしますので、以下のとおり(報告・申請)します。

- 添付資料 提供先の機関における研究計画書
 提供先の機関における倫理審査委員会承認の証書
 その他()

1. 研究に関する事項	
研究課題	
研究代表者	氏名: 所属研究機関:
研究計画書に記載のある予定研究期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
提供する試料・情報の項目	
提供する試料・情報の取得の経緯	
提供方法	
提供先の機関	研究機関の名称: 責任者の職名: 責任者の氏名:

2. 確認事項	
研究対象者の同意の取得状況等	<input type="checkbox"/> 文書によりインフォームド・コンセントを受けている <input type="checkbox"/> 口頭によりインフォームド・コンセントを受けている <input type="checkbox"/> ア(ア): 匿名化されているもの(特定の個人を識別することができないものに限る。)を提供する場合 <input type="checkbox"/> ア(イ): 匿名加工情報又は非識別加工情報を提供する場合 <input type="checkbox"/> ア(ウ): 匿名化されているもの(どの研究対象者の試料・情報であるかが直ちに判別できないよう、加工又は管理されたものに限る。)を提供する場合 <input type="checkbox"/> イ: アによることができない場合(オプトアウト及び倫理審査委員会の審査要) <input type="checkbox"/> ウ: ア又はイによることができない場合であって、(※)を満たす場合(倫理審査委員会の審査要)
当施設における通知又は公開の実施の有無等	<input type="checkbox"/> 実施しない <input type="checkbox"/> 通知又は公開を実施 <input type="checkbox"/> 通知又は公開+拒否機会の保障(オプトアウト)を実施 <input type="checkbox"/> その他適切な措置を実施
対応表の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり(管理者:) (管理部署:) <input type="checkbox"/> なし
試料・情報の提供に関する記録の作成・保管方法	<input type="checkbox"/> この申請書を記録として保管する (管理者:) (管理部署:) <input type="checkbox"/> 別途書式を提供先の機関に送付し、提供先の機関で記録を保管する <input type="checkbox"/> その他()

(※) ① 研究の実施に侵襲を伴わない

② 同意の手続の簡略化が、研究対象者の不利益とならない

③ 手続を簡略化しなければ研究の実施が困難であり、又は研究の価値を著しく損ねる

④ 社会的に重要性の高い研究と認められるものである

⑤ 以下のいずれかのうち適切な措置を講じる

・研究対象者等が含まれる集団に対し、試料・情報の収集及び利用の目的及び内容、方法等について広報する

・研究対象者等に対し、速やかに、事後的説明を行う

・長期間にわたって継続的に試料・情報が収集され、又は利用される場合には、社会に対し、その実情を当該試料・情報の収集又は利用の目的及び方法を含めて広報し、社会に周知されるよう努める

(※施設管理用)	
倫理審査委員会における審査	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(開催日: 年 月 日)
提供の可否	<input type="checkbox"/> 許可(年 月 日) <input type="checkbox"/> 了承(年 月 日) <input type="checkbox"/> 不許可