

様式1

肥前精神医療センター倫理審査申請書

平成 年 月 日提出

肥前精神医療センター倫理委員会

委員長 殿

所属名

職名

申請者名

印

肥前精神医療センター倫理委員会規程による審査を申請いたします。

1. 課題名：	※受付番号		
2. 代表者名：	所属	職名	氏名
3. 共同担当者名：	所属	職名	氏名
	所属	職名	氏名
	所属	職名	氏名
4. 概要（具体的に記載すること）			
(1) 目的			
(2) 対象及び方法			
(3) 実施場所及び実施期間			
場所：			
期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日			
(4) 審査を希望する理由			

5. 人間を直接対象とした医学研究及び医療行為における倫理的配慮について

- (1) 医学研究及び医療行為の対象となる個人の人権の擁護
- (2) 医学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（本題に関連した国内外の事情・文献等）

7. 利益相反について

教育・研究という学術機関としての責任と、産学連携活動などに伴い生じる個人が得る利益とが衝突・相反する状態が必然的・不可避的に発生することがある。こうした状態が「利益相反 (conflict of interest)」と呼ばれるものである。具体的には、関連企業の株式などの取得、保有、売却、年間 100 万円以上の個人収入、無償での機材借用・役務提供、融資・保証を受けたことなどをいう。

代表者氏名_____ 利益相反の可能性について 無 ・ 有

有の場合は具体的に記載してください

(_____)

研究費を受けた場合、利益相反が生じる可能性のあるものはすべて記載して下さい。

・
・

共同担当者氏名_____ 利益相反の可能性について 無 ・ 有

有の場合は具体的に記載してください

(_____)

研究費を受けた場合、利益相反が生じる可能性のあるものはすべて記載して下さい。

・
・

共同担当者氏名_____ 利益相反の可能性について 無 ・ 有

有の場合は具体的に記載してください

(_____)

研究費を受けた場合、利益相反が生じる可能性のあるものはすべて記載して下さい。

・
・

注意事項：1. 1～5、7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部添付のこと。

3. 申請受付は、毎月10日締切とする。

4. ※受付番号は記入しないこと。