**注）**

**この書式を提出し受理されても「倫理審査」を受け承認されたことにはなりませんのでご注意下さい。**

**学会報告等で「研究機関への届け出」が必要な場合に使用します。**

院生用

（受付番号　　　－　　　－　　　）

**国際医療福祉大学**

**症例報告等に係る倫理審査委員会への報告書**

西暦　　　年　　　月　　　日

学　長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 研究責任者 | 施　　　設 : |  |
|  | 所　　　属 : |  |
| 職　　　名　： |  |
| 氏　　　名　： |  | ㊞ |
| 研修受講証番号：　　 | 　　 |
| 電話番号： |
| Mail: |
| 所属長 | 職　　　名　： |  |
| 氏　　　名　： |  | ㊞ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大学院生 | 在籍課程　：  | 修士・博士・研究生・その他（　　） |
| 学籍番号　： |  |
| キャンパス : |  |
| 専　　　攻　： |  |
| 分　　　野　： |  |
| 氏　　　名　： |  | ㊞ |
| 電話番号：　 |
| Mail: |
| 研修受講証番号： |
| ※　院生（学部生）は研究責任者になることができません。原則、研究指導教員が研究責任者となります。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 課題名（演題・論文） |  |
| 報告の概要（発表、公表、出版等） |  |
| 報告場所（学会名、雑誌名等） |  |
| 報告の登録期限（締切日） |  |
| 本発表に関わる同意の取得 | * あり → 記録の保存場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| * なし → 理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 個人情報の保護に対する配慮 | * している → 具体的な方策（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

例：氏名と患者IDをデータから除いた、患者写真の顔部分をマスクした |
| * していない → 理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

例：顔写真が必要なことについて本人同意を取得した |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付資料一覧 | （例：学会原稿、投稿原稿など） |

（枠が不足する場合は適宜調整してください）