様式１

申請日　　　　　　　年　　　月　　　日

研究支援申請書（病理標本借用・病理部門システムデータ出力）

熊本大学病院　病理部 部長

三上 芳喜　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所属科長）　所属：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名：　　　　　　　　　　　　　印

　　　（研究実施者）所属：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 氏名：　　　　　　　　　　　　 　印

病理ガラス標本・パラフィンブロック・病理部門システムデータの提供支援を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| **研究の名称** |  |
| **倫理審査委員会承認番号** |  |
| **新規・継続** | * 新規　□　継続（前回病理部管理番号　　　　　　　　　） |
| **借用物** | * 病理ガラス標本　□　パラフィンブロック * 病理部門システムデータ * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **使用症例の主たる診療科** | * 申請者が所属する診療科である * 申請者が所属する診療科ではないが、当該診療科長の承認を得ている（診療科：　　　　　　　科長名：　　　　　　　　　　） |
| **予定症例（検体）数** |  |
| **研究期間\*** | 年　　　月　　　日　　〜　　　　　　年　　　月　　　日 |
| **研究実施者の氏名** |  |
| **研究実施者の所属・職名** |  |
| **研究実施者の電話番号** |  |

\* 病理ガラス標本・パラフィンブロックの貸出期間は研究期間にかかわらず、1ヶ月です。

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

研究支援承諾書（病理標本借用・病理部門システムデータ出力）

上記の申請を承諾しました。

なお、研究支援承諾書の有効期間は1年、ガラス標本・ブロックの貸出期間は1ヶ月です。

病理部管理番号

承諾日　　　　　　　　年　　　月　　　日

有効期限　　　　　　　年　　　月　　　日

熊本大学病院　病理部 部長　　　三上 芳喜　　印

CL-RE-11-072　（様式１）