

有体物配布契約申込書

年 月 日

東京大学医科学研究所
オーダーメイド医療実現化プロジェクト事務局 御中

機関名

氏名 印

申込者

住所

ゲノムDNA・血清試料の配布に関し、契約を締結したいので、次のとおり申込みいたします。
つきましては、東京大学との契約手続きの開始をお願い申し上げます。

1. 研究題目				
2. 対象有体物	内 容	ア．DNA イ．血清		
	使用予定数	サンプル		
	配布形態	一括配布 ・ 分割配布		
3. 研究責任者	所属機関 ・ 職名			
	氏 名			
	住 所			
	電話番号			
	F A X			
	E-Mail			
4. 研究内容				
5. 使用目的				
6. 機関内倫理審査 委員会の審査結 果 ¹	審査結果	承認 ・ 条件付承認 ・ 非承認 未審査 ・ 未申請 ・ その他		
		特記事項		
	倫理審査 委員会	名 称		
		委員長		
承認日				

7. 研究機関の長の承認 ²	状 況	承認 ・ 非承認 ・ その他	
		特記事項	
	機関の長	職 名	
		氏 名	
8. 共同研究	有 無	有 ・ 無 有の場合は以下について記入のこと	
	研究機関	名 称	
		代表者	
		住 所	
		電話番号	
9. 研究分担者 (共同研究先の研究分担者も含む)	氏 名	所属部局・職名	本使用における役割
10. 外部への解析委託	有 無	有 ・ 無 有の場合は以下も記入のこと	
	委託内容		
	解析機関	名 称	
		担当者	
		住 所	
電話番号			
11. 研究実施場所			
12. 研究スケジュール			
13. 有体物の使用期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
14. 本プロジェクト 審査会の結果 ³	有 無	承認 ・ 非承認 承認の場合は以下も記入のこと	
	承認日		
	受付番号		

(s07-051201)

1～3：本申込みにあたって、原則として、これら3項目全ての承認が必要となります。
研究計画の確認のため、最新の研究計画書、倫理審査委員会の承認通知（写）及びその構成メンバーの添付をしてください。

下記宛に郵送して下さい。

〒108-8639

東京都港区白金台4-6-1

東京大学医科学研究所

オーダーメイド医療実現化プロジェクト事務局

（問合せ先） 電話/FAX：03-5449-5122

（事務局記入欄）

（受付日： 年 月 日）

（受付担当者名： ）