

受付番号	
------	--

有体物配布契約申込書

年 月 日

東京大学医科学研究所
バイオバンク・ジャパン事務局 御中

機関名

申込者 住所

氏名

印

ゲノムDNA・血清・SNP・臨床情報の配布に関し、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 ウ. SNP エ. 臨床情報	
	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 委員会の承認※1	有 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 ※有の場合は以下について記入のこと	
	倫理審査 委員会	名 称	
		委員長	
		承認日	

7. 機関の長の許可 ^{※2}	有 無	<input type="checkbox"/> 有	・ <input type="checkbox"/> 無	※有の場合は以下について記入のこと	
	機関の長	職 名			
		氏 名			
8. 共同研究	有 無	<input type="checkbox"/> 有	・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有	・ <input type="checkbox"/> 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	20 年 月 日 から 20 年 月 日 まで				
14. 試料等利用審査 会の承認 ^{※3}	有 無	<input type="checkbox"/> 有	・ <input type="checkbox"/> 無	※有の場合は以下について記入のこと	
	承認日				
	受付番号				
15. 契約者	所属機関 ・ 職名				
	氏 名				
	住 所				

※ 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、倫理審査委員会の承認通知（写）を添付してください。