西暦　　　　 年　　 月　　 日

**臨床検査結果確認書・誓約書**

独立行政法人国立病院機構

九州医療センター院長　殿

研究責任者　 所　属：

職　名：

氏　名：

臨床研究の臨床検査関連の実施および匿名化報告書につきまして、下記の通り実施いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| ヒトゲノム・遺伝子検査の有無 | 無  有 |
| 匿名化された  臨床検査結果報告書の有無  （ヒトゲノム・遺伝子研究以外の臨床検査も含む） | 無  有  有の場合、以下の手順でダブルチェックを実施いたします。  研究責任（分担）医師2名  研究責任（分担）医師1名および医師以外の研究協力者1名 |
| 備考 |  |

※臨床検査を実施しない臨床研究は、両項目について「無」をチェックしてください。