（様式１）

２０　　年　　月　　日

琉球大学病院産業利用倫理審査申請書

琉球大学病院長　殿

企業等名

所在地

代表者　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の課題に関し，産業利用倫理審査を依頼します。

＊受付番号

|  |
| --- |
| １．課題名 |
| ２．企業等の実施責任者  所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| ３．琉球大学病院の実施担当者  氏名　　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　　　　　　（責任医師）  氏名　　　　　　　　　　　　所属  氏名　　　　　　　　　　　　所属  氏名　　　　　　　　　　　　所属  氏名　　　　　　　　　　　　所属 |
| ４．目的と概要 |
| ５．対象となるドナーとその人数，提供期間および採取実施場所，ウィンドウピリオド検査の実施時期 |
| ６. 提供する組織・細胞および情報等 |
| ７．実施における倫理的配慮について（必ず記載のこと）  （１）ドナーから同意を得る又は得た方法および代諾者がいる場合にはその範囲  （２）同意撤回の方法および同意撤回を可能とする期間  （３）ヒト（同種）体性幹細胞原料の安全かつ適切な利用のために講じている措置の有無及び内容  （４）ドナーの個人情報等の取扱い  （５）当該研究開発に適用される法令，規則，通知，指針及びガイドライン等 |
| 8. 企業での利用場所および利用終了後の廃棄について |
| ９．研究結果の公表予定  　　　　　　　有り　　・　　無し　　・　　研究に該当しない |

注意事項：①＊印は記入しないこと。

　　　　　　　②用語については，国立大学法人琉球大学ヒト（同種）体性幹細胞原料等取扱規程に準ずる。

③国立大学法人琉球大学ヒト（同種）体性幹細胞原料等取扱規程第５条に規定する添付書類等を添付すること。