

受付番号	
受領日	

生体試料等保有状況 調査依頼書

(西暦) 年 月 日

熊本大学病院

バイオバンクセンター 宛て

所属名

氏名

申請者 住所

電話番号

E-mail

熊本大学病院バイオバンクの生体試料・臨床情報の配布を受けたいので、次のとおり調査を申請いたします。

1. 研究名称 または研究内容 (案)					
2. 希望される 試料 ※情報のみ希望される場合は記載不要 ※試料の単位は、本で記載ください。試料の1検体当たりの量は約500μlです		疾患名	試料の種類	数量 単位	試料の条件(ある場合は記載)
	例	膵臓癌、 健常人など	血漿	15 本	性別、年齢(検体採取時)、HBV・ HCV・HIV陰性など
	1				
	2				
	3				
	4				
3. 希望される 臨床情報 ※試料のみ希望される場合は記載不要	例	検査結果、注射・内服薬情報など			
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				

4. 配付形態	以下該当ひとつに☑ (配付対象) ※生体試料には基本情報(検体採取年月、年齢、性別、疾患名)が付随しています。 <input type="checkbox"/> 生体試料と臨床情報の配布希望 <input type="checkbox"/> 生体試料のみの配布希望 <input type="checkbox"/> 臨床情報のみの配布希望
	以下該当ひとつに☑ (研究形態) 【申請者が熊本大学に所属している場合】 ※希望する試料が健常人分のみの場合は、「対象となる試料等を提供した診療科」以外として分譲を希望」にチェックください。 <input type="checkbox"/> 「対象となる試料等を提供した診療科」として配布を希望(当該診療科の試料等のみ配布希望) <input type="checkbox"/> 「対象となる試料等を提供した診療科」として配布を希望(加えて、当該診療科以外の試料等も配布希望) <input type="checkbox"/> 「対象となる試料等を提供した診療科」以外として分譲を希望 <input type="checkbox"/> 「対象となる試料等を提供した診療科」以外として配布を希望(試料等を提供した診療科との共同研究を希望) ※必要に応じてバイオバンクセンターで共同研究の調整を行います。 【申請者が熊本大学以外の機関に所属している場合】 <input type="checkbox"/> 分譲希望 <input type="checkbox"/> 熊本大学との共同研究を希望 ※共同研究を希望する診療科等がある場合は記載してください()
5. 希望される受け取り時期	_____ 年 _____ 月 _____ ごろ ※ご希望に添えないことがありますので、予めご了承ください。

本依頼書はE-mailでご提出ください。

E-mail: dgciinfo@kumamoto-u.ac.jp

(熊本大学病院バイオバンクセンター)
 ※ご不明な点があれば096-373-5575へお問合せ下さい。