|  |  |
| --- | --- |
| ※日整会事務局使用欄  受付番号 |  |

代理倫理審査依頼状

　　年　　月　　日

公益社団法人　日本整形外科学会

理　事　長　殿

施　設　名：

保険医療機関コード（10桁）：

所　在　地：

所属・役職：

施設長氏名： 　 印

電　　　話：

FAX　　　：

E-mail　　：

当施設には倫理審査委員会が設置していないため、下記の研究計画について、貴機関に研究倫理審査を依頼します。

記

1.研究課題名：日本整形外科学会症例レジストリー（JOANR）への手術・治療情報登録における個人情報の取り扱いについて（v1.4）

2.研究責任者（氏名・機関所属・職名）

氏　名：　種　市　　洋

職　名：　日本整形外科学会理事（症例レジストリー委員会　担当）

3.依頼機関の連絡担当者（原則として、申請書にある診療科長名を記載する）

氏　名：

所　属：

職　名：

電　話：

E-mail：