

特に間違いやすい箇所や注意いただきたい箇所にコメントを付しています。
研究内容により適切な箇所へのチェック、記載をお願いいたします。

倫理委員会審議申請書

2026 年〇月〇日

旭川医科大倫理委員会委員長 殿

研究責任者：所属・職名 看護部 看護師

氏名 〇〇 〇〇

所属の長または

指導教員氏名 〇〇 〇〇

※受付番号

コメントの追加 [N1]: 看護部所属の方は**看護部長**の承認を得てから申請ください。

コメントの追加 [N2]: 課題名にはアルファベットや略語は避けて、計画書や他書類とも統一し記載してください。（書類間で課題名が統一されていることを確認し申請してください）

コメントの追加 [N3]: 研究期間は延長の必要がないように余裕をもって設定してください。こちらも書類間で期間が統一されていることを確認後、申請してください。（設定した研究期間より早くに終了することは問題ありません。終了時には終了報告書をご提出ください。）

課題名	
研究期間	(自) <input checked="" type="checkbox"/> 実施許可日 <input type="checkbox"/> (至) ~ 20〇〇年〇月〇日 (最長 5 年まで)
対象数	〇例 (←本学での目標数) : (多機関共同 例←全体での目標数)
研究形態	<input checked="" type="checkbox"/> 本学単独での研究 <input type="checkbox"/> 本学を主たる研究機関とする多機関共同研究 <input type="checkbox"/> 他施設を主たる研究機関とする多機関共同研究
研究種別	<input type="checkbox"/> 介入研究 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 未承認薬 <input type="checkbox"/> 承認薬の適用外、用量外使用 <input type="checkbox"/> 承認内 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 侵襲あり <input type="checkbox"/> 軽微な侵襲あり <input type="checkbox"/> 侵襲無し（体外診断など） <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 侵襲あり <input type="checkbox"/> 軽微な侵襲あり <input type="checkbox"/> 侵襲なし <input type="checkbox"/> 観察研究 <input type="checkbox"/> 生体試料採取・利用あり（血液、尿、毛髪などあり） <input type="checkbox"/> 既存情報（診療記録など） <input type="checkbox"/> 侵襲の無い医療機器の検証（体外診断等） <input type="checkbox"/> アンケート <input type="checkbox"/> 質的研究 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ヒトゲノム・遺伝子解析研究（重複可）

コメントの追加 [N4]: こちらは、他に該当するものがない場合に選択となります。
カルテデータを用いたり、アンケート、インタビューなどは上記の観察研究を選択ください。

窓口となる 方の情報	所属・職名	氏名
	E-mail: 内線またはスマホ：	
研究分担者	所属・職名	氏名
		○○ ○○
共同研究 機関	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、機関名と責任者を下記に記載のこと	
	共同研究機関名	責任者氏名
研究協力 機関	研究協力機関名	責任者氏名
添付書類	<input type="checkbox"/> 研究計画書 ※必須（様式自由） <input type="checkbox"/> 利益相反自己申告書（主任・分担研究者全員分）※研究に薬剤・医療機器・企業などが関わる場合のみ <input type="checkbox"/> 対象者への説明文書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 同意撤回書 <input type="checkbox"/> 情報公開文書 <input type="checkbox"/> 主たる研究機関の倫理委員会承認通知書【写】（多機関共同研究の場合） <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> その他	
対象の募集 方法	<input type="checkbox"/> 直接依頼する <input type="checkbox"/> ポスター掲示等で広く募集する <input type="checkbox"/> 既存資料を用いるため新たな募集はしない <input type="checkbox"/> その他（）	
実施場所	<input type="checkbox"/> 旭川医科大学 <input checked="" type="checkbox"/> 旭川医科大学病院 <input type="checkbox"/> 他施設（）	
研究内容に ついて	【概要】	
	【目的】	
	【方法】	
	【医学的な危険度】 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有（説明：）	
	【対社会的な問題】 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有（説明：）	
	【実施しようとする試験の実施例（国内外）】	
	※介入研究のうち侵襲性を有する場合は、論文の添付が必要	

コメントの追加 [N5]: システム上で研究者の登録を行う際は、まず氏名を2文字以上入力し候補リストから選択ください。（システム上の受講履歴反映のため）
※所属、職名に該当するものが無い場合は「その他」を選択いただき手動で入力いただけます。

(Ⅰ) 収集する個人情報保護について (重複可)	<input checked="" type="checkbox"/> 匿名化されていない <input type="checkbox"/> 無記名アンケートのため該当しない <input type="checkbox"/> 匿名化されている (匿名化の方法を下記3択より選択) <input type="checkbox"/> 特定の個人を識別できないもので、対応表のないもの <input type="checkbox"/> 特定の個人を識別できないものに限る。 <input type="checkbox"/> どの研究対象者の試料・情報であるかが直ちに判別できないよう、加工又は管理されたものに限る。 <input type="checkbox"/> 匿名加工情報・非識別加工情報 (個人情報保護法等に定める匿名加工基準を満たすように、個人情報を加工したもの)
(Ⅱ) 収集後の個人情報保護について	<input type="checkbox"/> 無記名アンケートのため該当しない <input checked="" type="checkbox"/> 匿名化されている (匿名化の方法を下記3択より選択) <input type="checkbox"/> 特定の個人を識別できないもので、対応表のないもの <input type="checkbox"/> 特定の個人を識別できないものに限る。 <input checked="" type="checkbox"/> どの研究対象者の試料・情報であるかが直ちに判別できないよう、加工又は管理されたものに限る。 <input type="checkbox"/> 匿名加工情報・非識別加工情報 (個人情報保護法等に定める匿名加工基準を満たすように、個人情報を加工したもの)
試料・情報の種類	<input type="checkbox"/> 診療情報 <input type="checkbox"/> 試料 () ←血液・組織など具体的に記入 <input type="checkbox"/> アンケート・インタビューで得られた情報 <input type="checkbox"/> その他 ()
試料・情報の利用範囲	<input checked="" type="checkbox"/> 自施設のみで利用 <input type="checkbox"/> 多機関共同研究グループ内 (提供先:) <input type="checkbox"/> 海外へ提供 (提供先:) <input type="checkbox"/> 他機関より提供される (提供元:) <input type="checkbox"/> その他 (提供先:)
保存期間	<input checked="" type="checkbox"/> 研究発表後10年 <input type="checkbox"/> 研究発表後5年 <input type="checkbox"/> 研究終了後5年または発表後3年 <input type="checkbox"/> その他 ()
研究終了後の保存方法・場所	<input checked="" type="checkbox"/> 紙媒体 (〇〇の鍵のかかる保管庫へ保管) <input checked="" type="checkbox"/> 電子データ (〇〇のPCへパスワードをかけて保管) <input type="checkbox"/> 試料 (検体) () <input type="checkbox"/> 保存しない ()
廃棄方法	<input type="checkbox"/> 匿名化のまま、密閉容器に廃棄 <input type="checkbox"/> 匿名化のまま、焼却もしくは、オートクレイブ後処分

コメントの追加 [N6]: 本人へたどり着ける情報を利用する場合にはこちらです。
 (当院患者さん情報や、インタビューを行う場合などはこちらにチェックとなります)

コメントの追加 [N7]: こちらは認定事業者が匿名加工基準を満たし作成する情報です。(研究者が加工した情報は該当しません)

コメントの追加 [N8]: 容易に個人を特定できないよう匿名化を行う場合にはこちらへチェックです。

コメントの追加 [N9]: 照合表を作成する場合にはこちらです。(IC手続きをオプトアウトで実施する場合はこちらです)