

様式1号

(受付番号)

倫 理 審 査 申 請 書

平成 年 月 日

千葉労災病院長 殿

申請者

職 名 _____

氏 名 _____ 印

最終受講日 平成 年 月 日

下記について、審査を申請します。

記

所属長印	
------	--

1 審査対象 ア 実施計画 イ 出版公表原稿

2 課 題 名

3 責任医師 職 名 _____ 氏 名 _____

協力医師 職 名 _____ 氏 名 _____

4 概要（具体的に記載すること。）

（ 1 ） 目的

（ 2 ） 対象及び方法

（ 3 ） 実施場所及び実施期間

（ 4 ） 審査を希望する理由

5 実施計画の医療行為等における倫理的配慮について〔(1)～(3)は必ず記入のこと。〕

(1) 対象者の人権の擁護

(2) 対象者に理解を求め同意を得る方法

(3) 対象者への不利益及び危険性

(4) 予測される医学的貢献

(5) その他

注意事項

- 1 審査対象は、非該当部分を消してください。
- 2 審査対象となる実施計画又は出版公表原稿のコピーを添付してください。
- 3 申請者が所属長である場合は、所属長印を省略してください。

様式2号

(受付番号)

倫 理 審 査 依 頼 書

平成 年 月 日

千葉労災病院

倫理委員会委員長 殿

千葉労災病院長 印

このたび、別添「倫理審査申請者」のとおり審査申請がありましたので、医の倫理に関する事項について審査をお願いします。

様式3号

(受付番号)

倫理審査結果答申書

平成 年 月 日

千葉労災病院長 殿

千葉労災病院倫理委員会

委員長 _____ 印

(受付番号) をもって審査依頼のありました事項について、倫理委員会
において審議した結果、下記のとおり結論を得たので答申します。

記

- 1 審査事項 ア 実施計画 イ 出版公表原稿
- 2 課題名
- 3 責任医師 職名 _____ 氏名 _____
- 4 委員会開催日 平成 年 月 日
- 5 審査結果
 ア 承認
 イ 条件付き承認
 ウ 不承認
 エ その他 (_____)
- 6 審査結果が「承認」以外は、その理由

様式4号

(受付番号)

倫理審査結果通知書

平成 年 月 日

申請者

殿

千葉労災病院長 印

別添「倫理審査申請書(受付番号)」により貴職から審査申請のありました事項について、倫理委員会の答申を基に、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

1 判定の内容

- ア 承認
- イ 条件付き承認
- ウ 不承認
- エ その他 ()

2 判定内容が「承認」以外は、その理由

医療行為等（終了・経過）報告書

平成 年 月 日

千葉労災病院長 殿

申請者

職 名 _____

氏 名 _____ 印

医療行為等（終了・経過）について、下記のとおり報告します。

記

所属長印	
------	--

1 課 題 名

2 責任医師 職 名 _____ 氏 名 _____

3 医療行為等の結果、又は経過

注意事項

申請者が所属長である場合は、所属長印を省略してください。

医療行為等（中止・変更）報告書

平成 年 月 日

千葉労災病院長 殿

申請者

職 名 _____

氏 名 _____ 印

医療行為等（中止・変更）について、下記のとおり報告します。

記

所属長印	
------	--

1 課 題 名

2 責任医師 職 名 _____ 氏 名 _____

3 医療行為等の中止、又は変更の内容

4 医療行為等の中止、又は変更の理由

注意事項

申請者が所属長である場合は、所属長印を省略してください。