

(書式 3)

【ヒト細胞の使用に関する同意書】 締結依頼書

申込日 年 月 日

大阪大学医学部附属病院未来医療開発部未来医療センター 御中

責任者氏名・職名	
担当者氏名・職名	
E-mail	
所属機関	
部室課講座名	
住所	
TEL	FAX

非臨床研究用ヒト細胞材料の利用を希望しますので、別紙4「ヒト細胞の使用に関する同意書」の締結を申し込みます

記

1. 提供を依頼するにあたり、下記の研究課題名で所属機関の倫理審査委員会による承認を受けている

研究課題名： _____

研究実施期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

2. 次の各項目について確認、承諾された場合は、チェックを入れて下さい

- 1.の「承認の写し」を MTR へ提出する
- 細胞の使用にあたり、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」、「再生医療等安全確保法」、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」等必要な倫理指針、法律を遵守する
- ゲノム解析、遺伝子解析研究を行う
その場合、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」を遵守した倫理審査委員会において承認されている
- 非臨床グレードの細胞**において、提供を受けた細胞材料をヒトに直接使用しない
- MTR ホームページ上において研究に関する概要（研究概要書：名称、利用目的、研究機関、研究責任者名等含む）を公開することを承諾する

大阪大学医学部附属病院未来医療センター

細胞バンク係

TEL:06-6210-8289

受付日

受付 No.

同意書締結 No.