|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | (事務局記入欄) |

**倫理審査申請書**

（先進的な医療技術に関する申請）

　　年　　月　　日

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館　館長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 |  |  |
| 所属長名 |  | 印 |
| 申請者名 |  | 印 |

１　件名

|  |
| --- |
|  |

２　目的

|  |  |
| --- | --- |
| 対象となる傷病名 |  |
| 対象者  （性別・年齢など） |  |
| 対象者の治療背景  （検査結果など） |  |
| 実施する  医療行為の内容 |  |
| 期待される効果  及び有効性 |  |

３　方法・手技

|  |
| --- |
| (1)  (2)  (3)  (4) |

４　安全性・リスク

|  |
| --- |
|  |

５　有害事象への対応

|  |
| --- |
|  |

６　費用負担

|  |
| --- |
|  |

７　発表の予定

|  |  |
| --- | --- |
| 未定　　無　　有　（有の場合は、下記記載） | |
| 発表時期 | 年　　　　　　月 |
| 学会名  （投稿先） |  |

８　備考（実施に当たり施設基準がある場合は内容を記載）

|  |
| --- |
|  |

※実施した場合は、速やかに実施報告書で報告すること