**研　究　倫　理　審　査　申　請　書**

20　　年　　　月　　　日

長崎ウエスレヤン大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研究責任者（申請者）

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職位：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL / 内線：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：

下記の研究について、倫理審査を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **1.研究課題名** |  |
| **2.研究代表者** | 所属・職位・氏名： |
| **3.共同研究者** | 所属・職位・氏名・役割： |
| **4.指導研究者**  **※学部生は記載してください。** | 所属・職位・氏名： |
| **5.研究期間**  **※3年以内で設定してください。** | 20　　年　　月　　日　～　20　　年　　月　　日 |
| **6.研究の種別** | ☐人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成 26 年文部科学省・厚生労働省告示第 3 号）における「人を対象とする医学系研究」の定義に該当する研究  ☐上記以外の人を対象とする研究 |
| **7.添付書類** | ☐チェックシート　　☐研究倫理審査申請書（本紙）　　☐研究計画書　　☐被験者への説明文書  ☐同意書　　☐同意撤回書　　☐参考文献　　☐調査票・アンケート用紙  ☐その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※電子データにて事務局へご提出ください。 |