

No.	
-----	--

浜松医科大学がんサイオバンク資料（試料・情報）の利用申請書

年 月 日

研究課題名			
研究概要 (150字程度)			
研究担当者	研究担当者名： 研究担当者所属： 住所：〒 E-Mail: TEL:		
試料送付先 (上と異なる場合)	受領担当者名： 研究担当者所属： 住所：〒 E-Mail: TEL:		
研究実施予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (5年以内)		
実施体制	氏名	所属・役職 (研究責任者に○)	役割
研究背景・目的			

裏面

方法	
提供を希望する資料（試料・情報等）及び数量	
準備状況	
関連業績	
研究費用	
多施設共同研究の場合の体制等	
備考	
重要事項確認 <input type="checkbox"/> 右記にある内容を十分に理解し、同意いたします。	<ol style="list-style-type: none">1 試料・情報は、本申請書に記載された研究以外には使用しないこと。2 試料・情報を、バンクの許可なく、第三者へ開示・転売又は譲渡し、あるいは使用させないこと。3 試料・情報を利用した研究成果を公表する場合には、バンクより入手したことを明示すること。4 研究課題名・公開可能な概要・施設名・研究者名はホームページ上に公開されること。