IRB 承認連絡用 FAX 送信票（JCOG データセンター宛）

※IRB 承認書とともにご送付下さい　FAX：03-3542-3374

2008 年 3 月 10 日

送信元	グループ名 ：(肺内) 肺外 消内 胃外 食道 乳がん リンパ腫 婦人科 大腸 泌尿器 骨軟部 放治 脳腫瘍 肝胆膵 医療機関名 ：**国立がんセンター中央病院** 診療科名 ：**内科** 施設コーディネーター名 ：**築地 太郎** 連絡先（e-mail address）：**tsukiji@ncc.go.jp**
承認内容	＊ 試験番号 ： JCOG**0402** ＊ 審査に提出したプロトコールの ver.No とプロトコール承認日 プロトコールver.No ：**3.0** プロトコール承認日 ：**2005 年 10 月 24 日** **→施設 IRB で承認をうけた日付ではなく、プロトコールの表紙に記載されている最新のプロトコール承認日（JCOG 内委員会の承認日）を記入** ＊ IRB 申請の種別　新規 ・ (改正/改訂)　（いずれかに○） ＊ 「条件付き」の有無　・ (無)　（いずれかに○）
連絡事項（自由にご記載下さい）	**施設が IRB 申請を行った際の受付番号や承認日ではありません。下記※をご参照の上、審査に提出したプロトコールの ver.No と承認日をご記載下さい。**
送信枚数	**3**枚 （本紙含む）

【注意】

1. 「条件付き承認」で、IRB 承認書中に「条件」について具体的な記載がない場合には、「条件」が明記された文書を添付の上ご送付下さい。
2. 複数の医療機関が共同で IRB 申請を行い、IRB 承認書中に承認をうけた全ての「医療機関名」の記載がない場合には、「医療機関名」が明記された文書（申請書など）を添付の上ご送付下さい。（当該施設の施設研究責任者名の列記も可）

※ プロトコール ver.No はプロトコールの表紙もしくはヘッダーに記載されています。プロトコールに ver.No の記載がない場合は表紙に記載されている最新のプロトコール承認日をご記載下さい。