

(様式2)

年 月 日

## 他の研究機関への情報の提供に関する記録

国立国際医療研究センター 理事長 殿

提供元の機関 名称：  
 住所：  
 機関の長 氏名：  
 責任者 職名：  
 氏名：

提供先の機関 名称： 国立国際医療研究センター  
 研究責任者 氏名： 田中瑞恵

研究課題「HIV 感染妊婦から出生した児の実態調査」のため、研究に用いる情報を貴機関へ提供いたします。内容は以下のとおりです。

内容	詳細
提供する試料・情報の項目	診療録に記載された内容(症例登録用紙参照)
取得の経緯	国立国際医療研究センターから調査への参加依頼があったため。
同意の取得状況	<input type="checkbox"/> あり (方法： ) <input type="checkbox"/> なし
匿名化の有無	<input type="checkbox"/> あり (対応表の作成の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> なし

以上