平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

国際医療福祉大学

医学部皮膚科

菅谷　誠

**調査協力のお願い（ご依頼）**

私は国際医療福祉大学医学部皮膚科の菅谷　誠と申します。

このたび学校法人国際医療福祉大学の承認を得て、下記の内容で研究を行うこととなりました。

つきましてはご多忙中のところ大変恐縮ではございますが、被験者募集の実施および調査施設として貴施設にご協力いただきたく、ご承諾いただけますようお願い申し上げます。

記

1.研究課題名：　皮膚悪性リンパ腫の遺伝子転座の解析

2.目的：　皮膚悪性リンパ腫患者の皮膚組織における遺伝子転座を解析し、今後の診療・治療の発展に貢献します。

3.調査対象および研究方法：他病院にて皮膚悪性リンパ腫と診断された患者様の皮膚組織を用いて無染プレパラートを作成してもらいます。臨床情報（病歴、皮膚写真、治療経過）と無染プレパラートを当院まで送ってもらい、臨床情報の解析は当院で行い、無染プレパラートを共同研究施設のがん研有明病院がん研究所に送付して遺伝子転座の解析を行ってもらいます。

4.期間：平成29年9月～平成32年3月

5.場所：国際医療福祉大学市川病院皮膚科、皮膚科外来ブース

6.研究概要　　　　※　詳細は別紙の研究計画書のとおり

7.所属長名・連絡先　国際医療福祉大学市川病院　院長　佐伯　直勝　ＴＥＬ：047-375-1111

8.本人連絡先　国際医療福祉大学市川病院　主任教授・部長　菅谷　誠　ＴＥＬ：047-375-1111(内線9123)

添付　１．倫理審査通知書

　　　　２．研究計画書

以上

**承　諾　書**

国際医療福祉大学

医学部皮膚科

菅谷　誠　殿

別紙の説明書に基づき、次の項目について詳しい説明を受け十分理解し、本研究に関する被験者への倫理的配慮について納得しましたので、本施設利用者が研究に参加することを承諾します。

1. 研究課題名
2. 目的
3. 調査対象および研究方法
4. 期間
5. 場所
6. 研究概要　(※詳細は研究計画書にて確認)
7. 指導教員名・連絡先
8. 本人連絡先

平成　　年　　月　　日

施　　 設　　 名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　職印