

年 月 日

臨床試験支援室 御中

所 属
職 名
電話番号
E-mail
氏 名

㊟

長野県立こども病院における研究活動に関して相談します。

記

- 1 相談の種類（該当する□にレを記入願います。）
 研究活動の実施に関する相談 研究活動における不正行為に関する通報及び情報提供
- 2 相談内容

- 3 その他（記述は任意です。希望すること等がありましたら記入願います。）

- ※1 事例を整理・分析し、研究倫理教育において周知する等により学内で共有させていただきます。
- ※2 事例の分析結果は、必要に応じて、モニタリング結果等とともに基本方針及び内部規程等の見直しに活用させていただきます。
- ※3 相談内容によっては、通報扱いにさせていただくことがあります。