

「抗 CD38 抗体治療に関わる輸血検査上の問題点の抽出とその解決に
向けた手法の開発に関する共同研究」

施設登録用紙

送付先：浜松医科大学附属病院 輸血細胞治療部
DARA-輸血検査 研究事務局 宛

E-mail: fukisoku@hama-med.ac.jp FAX : 053-435-2562

記入日 20____年____月____日

ご施設名 ()

ご送付者 ()

施設研究担当者 ()

各機関倫理委員会のご判断 (下記のいずれかに○をつけてください)

審査を通過 新たな審査は不要 非通過

附記

※ 審査を通過された場合、本頁とともに、審査結果 (PDF) を添付してください。

同意撤回通知書

送付先：浜松医科大学附属病院 輸血細胞治療部
DARA-輸血検査 研究事務局 宛

E-mail: fukisoku@hama-med.ac.jp

FAX : 053-435-2562

「抗CD38抗体治療に関わる輸血検査上の問題点の抽出とその解決に向けた手法の開発に関する共同研究」に対する同意の撤回がありましたので連絡いたします。

該当試料の廃棄をお願いいたします。

被験者識別番号：_____

送信日：_____

施設名：_____

責任者名：_____

連絡事項