

アンケート・調査・資料送付依頼申請書

申請日	年 月 日
申請種別	<input type="checkbox"/> アンケート <input type="checkbox"/> 調査 <input type="checkbox"/> 資料送付
名称(アンケート名など)	
概要	
対象	
実施期間(※申請日の2ヶ月後～)	年 月 日 ~ 年 月 日
別紙(調査用紙・アンケート・その他)	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし
貴団体(施設)	名称:
実施責任者	氏名:
実施責任者連絡先	電話:
結果の開示方法	
結果開示範囲	
COIIについて	
貴団体(施設)での倫理審査状況	<input type="checkbox"/> 倫理審査済 <input type="checkbox"/> 倫理審査未 <input type="checkbox"/> 倫理審査不要
調査方法・回収方法	
個人情報管理方法	
費用負担	

※依頼の内容によりましては、本学会主体で実施することが出来ない場合がございます。
 本学会で実施しない場合は、本学会認定病院の宛名ラベルの販売となります。(データでのお渡しは出来ません)
 ラベル販売後、貴団体(施設)で行っていただく場合には、必ず、この調査は公益社団法人日本麻酔科学会の
 事業ではないことを明記の上、行ってください。
 尚、宛名ラベルにつきまして、本申請内容以外での転用はご遠慮頂きます様お願い申し上げます。