

年 月 日

## 院外倫理コンサルテーション依頼書

特定非営利活動法人 ヒューマン・ケア支援機構  
院外倫理コンサルテーションチーム 殿

フリガナ 氏 名	
Eメール	
職 種	
所属組織形態	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問ステーション <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 病院（一般） <input type="checkbox"/> その他（ ）
患者情報	* 患者を特定できる情報は記載しないでください。
病状・経過	
依頼内容	

\* 送信先：[ethics\\_consultation@npo-humancare.jp](mailto:ethics_consultation@npo-humancare.jp) 送信後 3 日以内に返信がない場合には、再度連絡をお願いします。

\* 本依頼書には、パスワードをかけて下さい。

フィードバックシートへの回答

可  不可

研究利用のための保存

可  不可

\* 研究公開のさいに依頼者の方の個人情報が明らかになることはありません。