

「ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチンに係る診療体制における協力医療機関等を受診している者を対象とした調査研究」への参加に関する回答書

1. 当施設が、下記の研究に参加することに同意します。(はい・いいえ、いずれかに○をつけてください。)

はい

いいえ

研究課題名「ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチンに係る診療体制における協力医療機関等を受診している者を対象とした調査研究」(厚生労働科学研究「子宮頸がんワクチンの有効性と安全性の評価に関する疫学研究 (研究代表者・祖父江友孝)」分担研究)

2. 当施設における研究の開始準備(倫理審査委員会への申請等)及び運営に関する問い合わせ先は下記の通りです。

貴施設名： \_\_\_\_\_

研究担当医所属診療科名： \_\_\_\_\_

研究担当医師名： \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

記載年月日 2016年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

(ファクス送信) FAX: 06-6879-3929

(郵送先) 〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2  
大阪大学大学院医学系研究科 社会医学講座 環境医学教室内  
厚生労働科学研究指定研究班  
「子宮頸がんワクチンの有効性と安全性の評価に関する疫学研究」

祖父江 友孝 行