**ＣＳＴ利用報告書**

記載日　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **利用責任者** | 所属 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| **指導責任者** | 所属 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| **監督者** | 所属 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| **研修等の名称** |  |
| **実施回数・実施形態** | 全　　　　　回の　　　　　回目 |
| **課題名** |  |
| **医の倫理委員会****への申請** | 許可番号（　　　　　　　　　　　　　　　　）※CST利用計画申請書とCST利用計画審査結果通知書のコピーを添付すること |
| **研修等の目的**該当する項目に〇 | 教育 | （　　 　）基本的な医療技術の習得 |
| （　 　　）基本的な手術手技、標準手術の習得 |
| （　　 　）高度な技術を要する手術手技の習得 |
| 研究 | （　 　　）手術手技に関連する臨床解剖の研究 |
| （　 　　）新規の手術手技の研究開発 |
| （　 　　）医療機器等の研究開発 |
| **実施日** | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| **実施時間帯** | （　　 　）午前のみ | （　　 　）午後のみ | （　　 　）終日（9～17時） |
| **実施場所** | 大阪歯科大学 楠葉学舎 1号館1階 第1実習室 |
| **施設使用期間** | 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **参加者数**学内・学外の別 | 合計人 | （学内）人 | （学外）人 |
| **見学者**人的支援を含む | 合計人 | （学生）　　　　　　　　人 | （コメディカル）　　　　　　　人 | （業者等）　　　　　　人 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ご遺体の数・固定方法** | 　　体 | （　　 　）固定〔飽和食塩溶液〕　　（　　 　）固定〔Thiel液〕（　　　 ）固定〔4％ホルマリン〕 　（　　　 ）未固定〔新鮮凍結〕 |
| **解剖部位**該当する全ての項目に〇 | （　　 　）上顎〔上顎洞含む〕　（　　 　）下顎　　（　　 　）顎関節　（　　 　）頚部　　　　　　　　（　　 　）胸部　　（　　 　）腹部（　　 　）骨盤部　　　　　　　（　　 　）上肢　　（　　 　）下肢（　　 　）その他〔内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| **経費と利益相反状態** | 費用総額　　　　　　　　　円 | 参加者負担 | （　　 　）有 | （　　 　）無 |
| （参加者負担有りの場合の負担額：　　　　　　　　　　円） |
| 大学からの補助 | （　　 　）有 | （　　 　）無 |
| 科研費等の公的資金 | （　　 　）有 | （　　 　）無 |
| 学会等からの助成金 | （　　 　）有 | （　　 　）無 |
| NPO等からの助成金 | （　　 　）有 | （　　 　）無 |
| 企業寄付等 | （　　 　）有 | （　　 　）無 |
| その他 | （　　 　）有 | （　　 　）無 |
| 利益相反状態※の有無 | （　　 　）有 | （　　 　）無 |
| ※利用責任者、指導責任者あるいは監督者が、当該セミナー・研修などに直接関与する企業などからの研究費などとしての寄付が年間100万円を超える場合は、「研究費」「講演料など」「原稿料など」「特許使用料」「株」「役員・顧問職」「顧問料・謝礼など」の利益相反状態を企業名等・金額とともに詳記すること。　　　　　 |
| **ホームページ等への公開** | （　　 　）有　URL: | （　　 　）無 |
| **実施内容の詳細** |  |