**연구 관련 불만 접수서**

**아래 양식을 이용하여, 연구 관련 우려/불만사항 등을 접수할 수 있습니다.**

* **전화: 02-2072-3509 / 02-2072-0368**
* **이메일:** **hrppqa@gmail.com** **/** **irb@snuh.org**
* **팩스: 02-3675-6824**
* **주소: 서울시 종로구 대학로 101번지 서울대학교병원 의학연구혁신센터 운영지원동 3층 임상연구윤리센터**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **제보자****정보** | 성명 |  | 전화번호 |  |
| 이메일 |  |
| \*해당 연구자에게 귀하의 불만사항 접수에 대해 공개해도 됩니까? □ 예 □ 아니오\*처리 현황에 대해 피드백 받기를 원하십니까? □ 예 □ 아니오 |
| **연구 정보** | 연구명 또는 연구 설명 |  |
| 연구자 성명 |  | 연구자 연락처 |  |
| **<불만사항 설명>** |
| **<해결 방안 요구사항>** |
| **<추가 질문>**1. 해당 연구자와 본 사항을 의논한 적이 있습니까? □ 예 (연구자 성명: ) □ 아니오
2. 귀하는 상기 연구에 참여했거나 참여 중입니까? □ 예 □ 아니오
3. 연구동의서(설명문 포함) 사본을 가지고 있습니까?

□ 예 (가능하다면, 동의서와 설명문 사본을 함께 첨부해 주십시오) □ 아니오 |

|  |
| --- |
| **※ 아래는 사무실 기록용이므로 기록하지 않습니다 (Office Use Only)** |
| 접수번호 |  | 접수일/시간 |  | 접수자 |  |
| <연구 정보>책임연구자: ……………………….. 연락처: ……………………………… 의뢰자: …………………………….연구명:IRB No./승인일: |