

東京大学 IRCN ヒューマン fMRI コア利用申請書

利用申請許可番号

ヒューマン fMRI コア記入欄

利用申請者記入欄	
申請年月日	
機関名	
部局・研究室名	
研究室長氏名・職名	氏名： 職名： <span style="float: right;">印</span>
機関住所	
機関電話番号	
研究室長携帯電話番号(緊急時)	
研究室長メールアドレス	
利用申請課題名	
研究計画 (利用を希望する MRI の使用目的・必要性がわかるように記述してください)	
利用申請者氏名 (MRI 操作経験の有無)	
刺激(刺激の種類とその提示方法、提示機器)	刺激提示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 視覚刺激( <input type="checkbox"/> 既存設備 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 聴覚刺激( <input type="checkbox"/> 既存設備 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 体性感覚刺激 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
薬物の使用(使用する薬物の種類・名前と使用方法)	薬物使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 薬剤名 <span style="float: right;">投与量</span> <input type="checkbox"/> 経口投与 <input type="checkbox"/> 皮下投与 <input type="checkbox"/> パッチ
反応検出方法 (MRI ガントリ内で行う実験参加者の反応検出方法)	反応検出 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 反応ボタン( <input type="checkbox"/> 既存設備 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> マイク( <input type="checkbox"/> 既存設備 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> ビデオ撮影( <input type="checkbox"/> 既存設備 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

MRI と併用して記録する生体信号・生理指標	併用記録 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 脈波 ( <input type="checkbox"/> 既存設備 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 呼吸 ( <input type="checkbox"/> 既存設備 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 心電図 ( <input type="checkbox"/> 既存設備 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
撮像条件 (各シーケンスの回数と所用時間)	機能画像 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし _____回 1回の撮像時間 約 _____分 解剖画像 (高解像度) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし _____回 1回の撮像時間 約 _____分 拡散テンソル画像 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし _____回 1回の撮像時間 約 _____分 MEGA-PRESS <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし _____回 1回の撮像時間 約 _____分 合計撮像時間 約 _____分
製造会社により提供されないシーケンス	CMRR 開発マルチバンド EPI 撮像 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ( )
MRI 撮像室への持込装置 (MRI 撮像用の非磁性体装置のみ)	持込装置 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 装置名
MRI 操作・準備室への持込装置	持込装置 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 装置名
研究の倫理承認	倫理承認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
利用規約への同意	<input type="checkbox"/> 同意します 同意がない場合は利用できません。

個人情報の取り扱いについて

**1、個人情報の利用目的**

ご記入いただいた個人情報は当施設の管理業務以外には一切使用しません。  
 本人の同意なしに第三者に開示、提供することはありません。(法令の定めのある場合を除く)

**2、個人情報の管理**

ご記入いただいた個人情報は厳重に保管し、安全管理のために必要な措置を講じます。

IRCN ヒューマン fMRI コア記入欄	
<input type="checkbox"/> 受理 <input type="checkbox"/> 受理不可 * 受理不可の場合は理由を記入	
利用申請許可番号	
利用申請許可年月日	