

別紙1 (第6条関係)

東京大学大学院総合文化研究科・教養学部附属進化認知科学研究センター
MRI運営委員会委員長 殿

(委員会記入欄)

受付年月日	新規 2026 年 4 月 10 日	変更	年 月 日
課題番号			
受理年月日	新規	年 月 日	変更 年 月 日

※どちらかの申請日を記入して下さい。

新規申請	2026 年 4 月 10 日
変更申請	年 月 日

M R I 研究安全審査申請書

1. 申請者 (申請者は東大教職員に限る。他機関からの利用の場合は東大教員のみに限る。
東大に籍を置く研究員は申請可。非常勤講師は不可。)

氏名	東大 太郎	職名	特任研究員
所属	東京大学 大学院総合文化研究科 ○○専攻		
内線	4XXXX	E-mail	today_taro@xxx.c.u-tokyo.ac.jp

2. 研究課題および代表者

2-1 研究課題名	安静時○○画像を用いた△△の神経基盤の解明			
2-2 代表者	氏名	駒場 花子	職名	教授
	所属	東京大学 大学院総合文化研究科 ○○専攻		
	電話番号	03-5454-XXXX	E-mail	komaba_hanako@xxx.c.u-tokyo.ac.jp
2-3 連絡担当者	(2-2代表者と異なる場合)			
	氏名	進化 次郎	職名	学術専門職員
	所属	東京大学 大学院総合文化研究科 ○○専攻		
	電話番号	4XXXX	E-mail	shinka_jiro@xxx.c.u-tokyo.ac.jp
2-4 指導教員	(申請者と代表者が東大教員ではない場合、指導に責任を持つ東大教員名を記載)			
	氏名		職名	
	所属			
内線		E-mail		

3. 実施者

注：実験はMRI安全講習を受講した2人以上の立ち会いのもとで実施すること。

2人のうち1人はMRI操作講習を受講している必要がある。

また、2人のうち1人は東大の教職員であること。

東大教職員には東大に籍を置く学振などの研究員を含む。非常勤講師は含まない。

ただし、実験の際に意図せず生じた損害（物的損害および人的損害）を補償するための保険に

加入したことを証明する書類を提出すれば、東大教職員が実験に立ち会う必要はない。

実施者2人のうち1人は学生であってもよいが、学生のみで実験は行わない。

2人のうち1人は倫理審査申請書と安全審査申請書の両方に名前が入っている必要がある。

もう1人は安全審査申請書に名前が入っていればよい。

	氏名	(学外者の場合所属を記入)			
1.	東大 太郎	()	<input checked="" type="checkbox"/>	東大の教職員	<input checked="" type="checkbox"/> 安全講習 <input checked="" type="checkbox"/> 操作講習
2.	駒場 花子	()	<input checked="" type="checkbox"/>	東大の教職員	<input checked="" type="checkbox"/> 安全講習 <input checked="" type="checkbox"/> 操作講習
3.	進化 次郎	()	<input checked="" type="checkbox"/>	東大の教職員	<input checked="" type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
4.	本郷 三郎	()	<input checked="" type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
5.	科学 磁子	(認知大学)	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
6.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
7.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
8.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
9.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
10.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
11.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
12.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
13.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
14.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
15.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
16.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
17.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
18.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
19.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
20.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
21.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
22.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
23.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
24.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習
25.		()	<input type="checkbox"/>	東大の教職員	<input type="checkbox"/> 安全講習 <input type="checkbox"/> 操作講習

4. 撮像の対象

■ 健常者	総 数	40 名			
	内 訳	18 歳 以 上	40 名	18 歳 未 満	0 名
□ 診断が確定している患者	総 数		名		
	内 訳	18 歳 以 上	名	18 歳 未 満	名
□ 疾患が疑われる患者	総 数		名		
	内 訳	18 歳 以 上	名	18 歳 未 満	名
□ ヒト以外のもの	撮 像 対 象				

5. 実験手続き

(刺激の種類とその提示方法、提示機器)						
5-1 刺激	刺 激 提 示	■ あり □ なし				
	■ 視覚刺激	■ 既存設備	※「既存設備」は、進化認知科学研究センターのHPを参照して下さい。			
		□ その他				
	□ 聴覚刺激	□ 既存設備			※「その他」を選択した場合は、空欄に機器名を記入して下さい。	
		□ その他				
□ 体性感覚刺激	□ 既存設備					
	□ その他					
□ その他						
(使用する薬物の種類・名前と使用方法)						
5-2 薬物	薬 物 使 用	□ あり ■ なし				
	薬 剤 名					
	投 与 量					
	投 与 方 法	□ 経口投与 □ 皮下投与 □ パッチ				
(MRIガントリ内で行う実験参加者の反応検出方法)						
5-3 反応検出	反 応 検 出	□ あり ■ なし				
	□ 反応ボタン	□ 既存設備				
		□ その他				
	□ マイク	□ 既存設備				
		□ その他				
□ ビデオ撮影	□ 既存設備					
	□ その他					
□ その他						

5-4 コイル	(利用を希望するものにチェックを入れて下さい)	
	<input type="checkbox"/> 20ch頭部用	
	<input type="checkbox"/> 32ch頭部用	<input type="checkbox"/> 倫理同意書の取得 小池先生 (c-koike@g.ecc.u-tokyo.ac.jp) にご連絡ください。
		<input type="checkbox"/> 規定プロトコルでの撮像と提出に同意 T1W, T2W, rsfMRI, DWIデータ規定のプロトコルで撮像し、小池研究室に提出します。
		<input type="checkbox"/> 小池研究室からの利用許可 小池研究室と連絡を取り、利用許可を得ています。
	<input checked="" type="checkbox"/> 64ch頭部用	コイル径が小さいのでヘッドフォンは使えません。聴覚刺激を行う場合は20chをお使い下さい。
<input type="checkbox"/> その他	撮像対象が頭部以外の場合	
備考：		

5-5 併用記録	(MRIと併用して記録する生体信号・生理指標)	
	併用記録	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 脈波	<input checked="" 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"/> 脳波	<input type="checkbox"/> 既存設備
		<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 眼球運動	<input type="checkbox"/> 既存設備
		<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 筋電図	<input type="checkbox"/> 既存設備	
	<input type="checkbox"/> その他	
<input checked="" type="checkbox"/> その他	バランス感覚評価用グラビコーダ (撮像室内には持ち込まない)	

(各シーケンスの回数と所要時間)			
5-6 撮像条件	機能画像 (MB-EPI) マルチバンド/ミネソ	回	1回の撮像時間 約 分
	機能画像 (EPI)	6回	1回の撮像時間 約 7分
	メガプレス (MRS) ミネソタ	回	1回の撮像時間 約 分
	構造画像 (T1強調画像)	1回	1回の撮像時間 約 5分
	Fieldmap	1回	1回の撮像時間 約 1分
	DWI	1回	1回の撮像時間 約 10分
	構造画像 (T2強調画像)	1回	1回の撮像時間 約 6分
		回	1回の撮像時間 約 分
		回	1回の撮像時間 約 分
		回	1回の撮像時間 約 分
		回	1回の撮像時間 約 分
合計撮像時間			約 64分
備考: 適時休憩時間を挟んで撮像する。			
(撮像室への持込装置)			
5-7 持込装置	持込装置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	持込装置の詳細: ビニールチューブ、サージカルテープ、3Dプリント模型 (ナイロン製)、ものさし (プラスチック製)		

6. 確認事項

- 1) 本研究の実施手順に何らかの変更が生じる場合には、必ず変更前に審査を受けることを承知します。
- 2) 実験参加者に関して何らかの問題が生じた場合は、ただちに倫理委員長に連絡します。
- 3) 申請内容と異なる利用を行った場合は、研究室単位で停止になる場合があることを承知します。

代表者署名 : ※ 手書きで署名して下さい。

2026 年 4 月 10 日

MRI 実験施設 利用計画書

東京大学大学院総合文化研究科・教養学部附属進化認知科学研究センター
MRI 運営委員会委員長 殿

代表者

所属 : 東京大学 大学院総合文化研究科 ○○専攻

氏名 : 駒場 花子

㊞

○ 研究課題

安静時○○画像を用いた△△の神経基盤の解明

○ 利用希望期間 (終了日は最大で当該年度末までとする)

・ 利用年月日 : 2026年 5月 1日開始 ~ 2027年 3月 31日終了

○ 利用予定スロット数 (1スロット=30分)

・ スロット数 : 120 スロット ※「書類C」D22セルから自動入力されます。

※上記欄は、月別利用計画書の利用予定スロット数の計と一致させること。

※利用の見通しがある分のみ記入し、追加する場合は後日運営委員会に連絡すること。

以下、本学の授業で利用する場合は記入不要 (利用負担金減免申請を行うこと)

○ 支払責任者

・ 氏名 : 駒場 花子

・ E-mail : komaba_hanako@xxx.c.u-tokyo.ac.jp

○ 支払に用いる経費 (一つの申請につき利用できる経費は一つ)

・ 予算科目 : 学外

学内 科研費

学内 運営費

学内 受託研究費・共同研究費

学内 寄附金

・ 部署コード (10桁) : 080123XXXX

・ プロジェクトコード (12桁) 運営費は記入不要 : 26080123XXXX

科研費・学外は、請求書での支払いとなるので、以下の支払いに係る連絡先も記入すること

○ 支払に係る連絡先 (請求書発行の場合)

・ 請求書に記載する宛先 (住所・氏名)

〒153-8902 東京都目黒区駒場3-8-1

東京大学 大学院総合文化研究科 ○○専攻 △△研究室 駒場 花子

・ 請求書の送付先 (請求書の宛先と同じ場合は不要)

MRI 実験施設 月別利用計画書

- ・ MRI実験施設の利用状況を事前に把握するために、月ごとの利用計画を以下に記入して下さい。
- ・ この書類には現時点で利用の見通しがある分についてのみ記入し、利用予定のロット数は「MRI実験施設 利用計画書」の「利用予定ロット数」と一致するようにして下さい。
- ・ 原則として、週の半分以上を占有したり、1日中使用したりするような、集中的な利用は避けてください。研究計画上やむを得ない事情がある場合には、下記の利用形態の希望の欄にあらかじめお知らせいただき、実際の利用時にあらためて運営委員会にお問合せください。
- ・ 利用予定を追加する際は、この書類に書き足して随時ご連絡下さい。

月	利用予定ロット数
4月	
5月	20
6月	20
7月	
8月	
9月	20
10月	20
11月	
12月	
1月	20
2月	20
3月	
計	120

※「書類B」E19セルにも自動入力されます。

利用形態の希望について教えてください。

各月、連続した4日間に実施。

複数日にわたって実験施設を占有する必要がある場合は、この月間利用計画書に基づいて他研究グループと実験施設利用の調整を行います。

別紙3（第6条関係）

東京大学大学院総合文化研究科・教養学部附属進化認知科学研究センター
MRI 運営委員会委員長 殿

MRI 実験施設利用に関する誓約書

東京大学大学院総合文化研究科・教養学部附属進化認知科学研究センターMRI 実験施設利用にあたり、別添の誓約事項を確認し、誠実に履行することを誓約します。

2026 年 4 月 10 日

代表者

所属 : 東京大学 大学院総合文化研究科 ○○専攻

氏名 : 駒場 花子

印

2026年 4月 10日 申請

利用負担金減免申請書

東京大学大学院総合文化研究科・教養学部附属進化認知科学研究センター
MRI運営委員会委員長 殿

代表者

所属：東京大学 大学院総合文化研究科 ○○専攻

氏名：駒場 花子

印

代表者番号：

本件について、以下に該当するため申請いたします。（**該当する方をチェック**）

※ 東京大学教養学部教職員が管理する経費で支払う場合のみ、選択して下さい。

- 東京大学大学院総合文化研究科・教養学部附属進化認知科学研究センター
MRI実験施設利用規則の第14条第1項第1号に該当するため（一部免除）

※ 東京大学の授業利用の場合のみ、選択して下さい。

- 東京大学大学院総合文化研究科・教養学部附属進化認知科学研究センター
MRI実験施設利用規則の第14条第1項第2号に該当するため（全額免除）

承認書

代表者番号：

申請のありました上記について、利用負担金は、 一部 ・ 全額 免除とすることを承認
します。

年 月 日 承認
MRI運営委員会委員長 印

東大・駒場MRI：利用負担金支払いの際の書類について

MRI利用負担金の支払いのために東京大学教養学部財務係が請求書を発行していますが、東京大学の外の予算を使って利用負担金をお支払い頂く際には、請求書以外の書類も必要になる場合があります。必要書類を把握するために、以下についてご回答をお願い致します。

【利用者がMRI運営委員会事務室に送付する書類】

<発注書>

必要性の有無：**不要**
必要な場合、以下にお答えください。
書類提出日：
記載内容：

【MRI運営委員会事務室が利用者に発行する書類】

<見積書>

必要性の有無：**必要**
必要な場合、以下にお答えください。
書類の日付：**例) 利用月の1日、最初の利用日の1日前の平日、予約登録日**
書式：**なし**
MRI運営委員長の押印：**必要**

<納品書または完了報告書>

必要性の有無：**必要**
必要書類の選択：**納品書**
必要な場合、以下にお答えください。
書類の日付：**例) 利用月の月末、最後の利用日**
書式：**なし**
MRI運営委員長の押印：**必要**

見積書、納品書、完了報告書について書式の指定がない場合は、ウェブサイトの「参考：運営委員会が利用者へ発行する見積書・納品書・完了報告書」にある書式例に従って必要事項を記入して作成致します。

「御中」と書類下部の「備考欄」に記載すべき内容をお知らせください。
(「備考欄」はなしでも構いません)

一方、書式の指定がある場合は、サンプルファイルをお送りください。