**同意書**

研究責任医師　殿

私は、貴院における『研究課題名』に協力するにあたり、下記について十分に説明を受け、納得した上で研究に参加することを同意します。

説明事項

|  |  |
| --- | --- |
| １．はじめに | ２．研究の実施体制 |
| ３．研究の目的と意義 | ４．研究に参加していただく方について |
| ５．研究参加の同意表明の任意性と、表明後の  同意撤回の自由について | ６．研究計画の説明 |
| ７．予想される利益及び不利益 | ８．他の治療法の有無等 |
| ９．個人情報等の取扱いについて | １０．遺伝情報の取扱いについて |
| １１．研究情報の取扱いについて | １２．試料・情報の取扱いについて |
| １３．費用について | １４．有害事象等の対応等について |
| １５．モニタリング・監査について | １６．研究資金・利益相反について |
| １７．問合せ・苦情の受付先 |  |

【試料・情報の二次利用】

本研究で得られた試料・情報を、別の研究等のために使用することについて、

□同意します　　　　　　□同意しません

【研究責任医師または研究分担医師署名】

説明日：（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日

担当医師：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名）

【本人（および／または代諾者）署名】

同意日：（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日

氏名（本　人） 　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名）

氏名（代諾者） 　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名）

代諾者の場合本人との関係

※代諾者欄が不要の場合は削除してください。