同　意　書

三重大学大学院医学系研究科長　殿

三重大学医学部附属病院長　殿

臨床研究課題名：　●●

【説明事項】

□　あなたの病気（症状）について

□　研究の目的

□　研究の方法

□　研究終了後の治療について

□　研究の研究期間（許可日～●年●月●日）と参加予定人数

□　研究の期待される利益および起こる可能性のある危険

□　研究に参加しなかった場合の他の治療法

□　研究への参加は、あなたの自由意思です

□　研究への参加に同意した後でも、不利益を被ることなく撤回することができます

□　研究に関する情報は随時お知らせします

□　研究を中止させていただく場合があります

□　健康被害が生じた場合について

□　臨床研究の費用について

□　研究に参加された場合、あなたのカルテなどが閲覧されることがあります

□　研究結果などが公表される場合でも、あなたのプライバシーは保護されます

（個人情報管理者　●●）

□　研究に関わる費用について

□　あなたに守っていただきたいこと

□　知的財産権について

□　試料・情報等の保存および使用方法ならびに保存期間

□　研究が倫理審査委員会の承認の後に研究科長・病院長の許可のもとで行われていること

□　研究組織について（研究責任者　●●）

□　研究資金源および利益相反について

□　お問い合わせ先

（必要なら以下も追加）

□　共同研究のため、試料および情報が他機関に、個人情報を特定できない情報で提供されること

□　研究終了後も、試料および情報が保存され、個人情報を特定できない情報で研究に利用されること

□　試料および情報が公共的なデータバンクあるいは試料バンクに、個人情報を特定できない情報で

提供されること

【研究対象者の署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本研究に参加することに同意します。

同意日：　　　　年　　月　　日　患者氏名：　　　　　　　　　　（自署)

（※必要時記載）代諾者氏名：　　　　　　　　　　（自署）　本人との続柄：

【医師・研究協力者の署名欄】

私（たち）は臨床研究について、上記説明事項に関して説明文書を用いて、十分に説明いたしました。

説明日：　　　年　　月　　日　所属：　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　(自署)

　説明日：　　　年　　月　　日　所属：　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　(自署)