

病態機能内科学・教授・北園 孝成 殿

私は「非特異性多発性小腸潰瘍症に関する遺伝子変異の検索」のヒトゲノム・遺伝子解析研究について、以下の説明を受けました。

(□の中にご自分でチェックしてください)

- ☐ 1. 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☐ 2. ヒトゲノム・遺伝子解析研究について
- ☐ 3. あなたに協力していただきたい理由について
- ☐ 4. この研究について(意義、目的、方法、期間等)
- ☐ 5. 知的財産権の帰属について
- ☐ 6. 予測される危険や利益、不利益について
- ☐ 7. 個人情報の保護について
- ☐ 8. 研究計画の開示について
- ☐ 9. 個人情報の開示について
- ☐ 10. 遺伝情報の開示について
- ☐ 11. 遺伝カウンセリングの利用について
- ☐ 12. 研究資金、利益相反について
- ☐ 13. 問合せ、苦情等の窓口について

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

はい いいえ

同意された方へ

- ☐ 14. 本研究以外での試料・情報の利用について

上記に関する説明を十分に理解した上で、提供する試料、情報が本研究終了後も保存され、将来新たに計画・実施される医学研究(ヒトゲノム・遺伝子解析研究を含む)に、倫理審査委員会の新たな承認の後、使用されることに同意します。

はい いいえ

同意年月日 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご署名 _____ (年齢 才)

(〒) 住所: _____

代諾者ご署名 _____ (続柄)

(〒) 住所: _____

※同意書の記入は、鉛筆書きではなく、ボールペン、万年筆等で記入してください。

※修正する場合は、二重線で消し、試料提供者本人又は代諾者の署名をお願いします。

上記の研究について私が説明をしました。

説明年月日 ____ 年 ____ 月 ____ 日 同意取得医師 職・氏名 _____