

東邦大学医学部長 殿

私は、東邦大学医学部において実施される臨床研究『骨髄異形成症候群の病態と酸化ストレスの関わり』について担当医師より説明文書により(1)の内容について説明を受け、内容を理解しました。ついては、私の自由意志に基づいて(2)の条件で、この研究に参加協力することに同意します。

注)以下の項目と同意説明文書(様式4)を対応させ不要な項目は削除して下さい。

(1)この臨床研究について説明を受け理解した項目(□に✓を付けて下さい。)

- ☒この研究の目的及び意義
- ☒この研究の実施体制
- ☐あなたが研究対象者として選定された理由
- ☒この研究への参加の自由、取り止めの自由が保障されていること
- ☐あなたのプライバシーの保護について
- ☒この研究の方法について
- ☒この研究に参加協力していただく期間と参加人数について
- ☒あなたに生じる負担、予測されるリスク、利益について
- ☒この研究により健康被害が発生する可能性とその対応について
- ☒この病気に対する他の治療法について
- ☒この研究への参加協力を中止させていただく場合について
- ☒この研究へ参加協力された場合の費用負担について
- ☒この研究への参加協力の報酬について
- ☒この研究に関する情報のお知らせと研究成果の公表等について
- ☒試料・情報の保管および廃棄の方法について
- ☒この研究が終了した後の医療の提供に関する対応
- ☒モニタリングおよび監査における試料・情報の閲覧について
- ☒この研究の資金源など利益相反に関する状況について
- ☒この臨床研究から生じる知的財産権の帰属について
- ☒その他 参加者に守っていただきたいこと
- ☒連絡または相談窓口について

(2) 同意する範囲(次の1)または2)のどちらかに○を付けて下さい)

- 1) 本研究が終了したとき、速やかに試料等を廃棄して下さい。
- 2) 本研究終了後も保存され将来新たな研究に使用されることに同意します。

(参加協力者)

(同意目)

氏 名(署名):

2019年3月11日

文書による説明を行った日: 20 19 年 3 月 11 日

説明文書をお渡しした日: 20 19 年 3 月 11 日

同意を確認した日: 2019年3月11日

同意書の写しをお渡しした日: 20 19 年 3 月 11 日

説明を行った責任医師

所 属: 東邦大学医療センター 五等 病院 血液内科

氏 名: [REDACTED] 美 清
印 連絡先 [REDACTED]

患者 ID: [REDACTED]	研究責任者 清 印	運営責任者または 研究管理責任者 清 印
---	--	--