

연구 참여 및 개인정보 활용 동의서

연구과제명: 코로나바이러스 예방접종을 받은 소아에서 발생한 부작용에 대한 증례보고

귀하는 아래에 서명함으로써 다음을 확인 합니다.

- 본 연구에 대해 연구자(담당의사)로부터 충분한 설명을 듣고, "연구 참여 및 개인정보 활용 동의 설명문"을 이해 하였습니다. 또한 연구에 대한 충분한 질의를 마쳤으며 제공된 응답에 만족합니다.
- 연구 참여에 동의하지 않았을 경우에도 불이익을 받지 않는다는 것과, 연구 참가 동의를 한 경우라도 언제든지 동의철회 할 수 있고 철회에 따른 어떠한 불이익도 받지 않음을 알고 있습니다.
- 민감 정보를 포함한 모든 연구와 관련된 개인정보가 수집·이용될 때 비밀이 엄격하게 보장되어 고유 식별정보로 처리됨을 알고 있습니다.
- "연구 참여 및 개인정보 활용 동의 설명문"에 설명되어 있듯이 연구 관련자들이 개인정보에 대한 접근을 허용하도록 동의합니다.
- 본인은 자유의사로 본 연구에 참여할 것을 동의 합니다.
- 본 연구의 결과(사진, 이미지)가 출판되거나 학회지나 학회에 공개될 수 있으며 신상은 비밀로 보호될 것임을 설명문으로 이해하였습니다.

연구대상자의 동의

성명
서명일

[Redacted Signature]

연구자(담당의사) 확인

성명
서명일

[Redacted Signature]

법정대리인 동의

연구대상자와의 관계

법정대리인 성명

서명일

(해당사항이 있는 경우 기재)

[Redacted Signature]