**同意書**

長崎みなとメディカルセンター

院長　　殿

私は「（ここに研究課題名を記載する。）」の臨床研究について、以下の説明を受けました。

※以下の項目は、説明文書の説明項目と一致させること

□　１．臨床研究について

□　２．研究の目的や意義について

□　３．研究の対象者について

□　４．研究の方法について

□　５．研究に関する利益と

予測される負担や不利益について

□　６．健康被害が発生した場合の

対応について

□　７．経済的負担又は謝礼について

□　８．研究への参加とその撤回について

□　９．個人情報の取扱いについて

□　10．試料や情報の保管等について

□　11．研究の費用について

□　12．利益相反について

□　13．研究に関する情報公開の方法について

□　14．研究成果の帰属について

□　15．研究を中止する場合について

□　16．研究の実施体制について

□　17．相談窓口について

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

　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。

対応表を作成する場合

　なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

　　　同意年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　ご署名

代諾者を想定している場合

　代諾者ご署名

試料・情報の二次利用をする可能性がある場合

　提供する試料、情報等が本研究終了後も保存され、将来新たに計画・実施される

　医学研究に、倫理委員会の新たな承認の後、使用されることに同意します。

対応表を作成する場合

　なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

　　　同意年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　ご署名

　　　代諾者を想定している場合

　　　代諾者ご署名