**同　　　　意　　　　書**

獨協医科大学日光医療センター

病院長または看護部長　殿

私は「　（課　題　名　を　記　入）　」について、説明文書と口頭による説明を受け、納得しましたので、自らの自由意思で研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェック（レ印）をつけてください。）

　　　　□　本研究が倫理審査委員会の審査・承認を受けていることについて

　　　　□　研究の意義・目的について

　　　　□　研究の方法について

　　　　□　治療薬の注意点について

　　　　□　試料等の保管と、他の研究への利用について

　　　　□　予測される結果（利益・不利益）について

　　　　□　研究協力の任意性と撤回の自由について

　　　　□　健康被害の補償について

　　　　□　研究に関する情報公開について

　　　　□　個人情報の保護について

　　　　□　研究成果の公表について

　　　　□　費用について

　　　　□　研究に関するあらたな情報の提供について

　　　　□　研究実施後の医療の提供について

　　　　□　研究資金、利益相反について

　　　　□　研究機関について

　　　　□　問い合わせ等の連絡先

西暦　　　　年　　月　　日

本 人　署名（または記名・押印）

　　本 人　住所

　　□　同意書の控えを受け取りました

代諾者　署名（または記名・押印）

代諾者　住所

本人との続柄

説　明　日　　　　　年　　月　　日

説明者署名