

様式5 同意書

※ (同意書) 一部を協力者へ、一部(原本)は研究者が保管する

同 意 書

私は「研究名： 」

(研究責任者：所属 氏名)への参加

協力について、説明者 により別紙「看護研究・調査の参加と協力のお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究(調査等)の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反(起こり得る利害の衝突) |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 16 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 17 知的財産権について |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | |
| <input type="checkbox"/> 9 介入研究の場合の対応 | |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

参加協力の内容：

西暦 年 月 日

協力者署名

参加協力に同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

【連絡問合せ先】

所属

研究責任者・分担者	氏名	氏名
個人情報管理者	所属	氏名
電話番号	責任者	個人情報管理者

なお、上記と連絡が取れないときは

所属	氏名	電話
----	----	----

まで、お問い合わせ下さい。