1部を対象者、1部コピーは研究者が保管すること

西暦　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

**看護研究・調査の参加と協力のお願い**

**研究名：　　　　　　　　　　　に関する研究協力のお願い（説明）**

**１　研究（調査等）の許可を受けていること**

**この研究は、公益社団法人神奈川県看護協会看護研究倫理審査会　【承認番号：第　　　号】の許可を得ています。また研究責任者は、研究に関する倫理並びに当該研究の実施に必要な知識・技術に関する研修を受講しています。**

**２　研究機関及び研究責任者**

**所属　　　　　　　　　　職位　　　氏名　　　　　　　　　連絡先**

**３　研究の背景と目的及び意義**

**４　研究対象者として選定された理由**

**５　研究の方法及び期間**

1. **研究の方法**

**（2) 研究の期間**

　　　**本研究の研究期間は、倫理審査で承認を受けてから　　　年　　月　　日までを予定しています。**

**６　撤回できる**

**７　個人情報の取り扱い**

**８　試料・情報の保管及び廃棄の方法**

**９　負担並びに予測されるリスク及び利益**

**10　研究成果の公表について**

**11　費用について**

　**研究について必要な経費は　　　　　費から賄われます。**

**12　利益相反（起こり得る利害の衝突）**

**13　研究参加による謝礼について**

**14 資料の閲覧**

**【連絡先】　　　　　　　　　　　　　　 　　（電話: 　　　　　　　）**

**15 研究対象者等及びその関係者からの相談**

**16　知的財産権について**

**【説明を行った看護師等】**

**所属:　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名:**

**【連絡問合せ先】**

**所　　属：**

**研究責任者名：**

**電話番号 :**

**なお、上記と連絡が取れないときは、**

**まで、お問い合わせ下さい。**