

※（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"/> 10 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 11 費用について |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の背景と目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 12 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 4 研修対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 13 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 5 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 14 知的財産権について |
| <input type="checkbox"/> 6 インフォームド・コンセント及び撤回方法 | <input type="checkbox"/> 15 |
| <input type="checkbox"/> 7 個人情報の取り扱い | <input type="checkbox"/> 16 |
| <input type="checkbox"/> 8 試料・情報の保管および廃棄の方法 | |
| <input type="checkbox"/> 9 負担並びに予測されるリスク及び利益 | |

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。

西暦 年 月 日

協力者署名 _____

参加協力を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 _____

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。