

「重症筋無力症関連自己抗体測定に関する研究」への協力の同意文書

長崎川棚医療センター 院長

藤岡 ひかる 殿

私は、「重症筋無力症関連自己抗体測定に関する研究」について、

説明者(氏名_____, 所属_____)より、

説明を受け、以下の項目について十分理解しました。

1. 研究の目的
2. 研究の方法
3. 試料提供者にもたらされる利益および不利益
4. 研究への協力は自由意志で行うものであること
5. 研究に協力されない場合でも、不利益になることはないこと
6. 個人情報 は 厳重に 管理されること
7. 研究結果を知りたいという希望があった場合は、あなただけに(場合により代理人)に知らせること
8. 研究結果は、その結果が誰のものであるかが判らないようにして、学術発表する可能性があること
9. 研究終了後の試料等の取り扱いの方針
10. この研究から知的財産権が生じた場合、あなたには属しないこと
11. 研究に関する費用は研究費でまかなわれ、試料提供は無償であること

そのうえで、私の提供する試料が、今回の研究に使用されることに同意します。

本研究終了後の試料について、以下のどちらかを選択してください。

研究期間終了後 5 年間試料が保存され、将来、長崎川棚医療センター倫理委員会の承認を得て、他の研究に使用されることに同意します。

本研究が終了したとき、速やかに試料等を破棄してください。

____年____月____日

住所: _____

氏名: _____ (本人の署名)

氏名: _____ (代理人の署名) (本人との関係: _____)

・本人が未成年者で判断能力がある場合は、本人および、法定代理人または近親者が署名

・本人が未成年者で判断能力がない場合は、法定代理人または近親者が署名

・成年者でも十分な判断能力がない場合、または意識障害がある場合は、法定代理人または近親者などが署名