

## 同意書

[ 各研究機関の長を記載 ] 殿

私は、研究課題 [ 正式な研究課題名を記載 ] について、説明文書を用いた説明を受けて、以下の項目について十分に理解しました。よって本研究に参加することに同意いたします。

- 1 なぜ研究が必要なのか どんな研究なのか
- 2 研究が行われる期間と参加人数
- 3 私が研究参加をお願いされている理由
- 4 私にお願いされていること（検査および血液の採取や情報等の利用と提供など）
- 5 研究参加に伴う利益（私個人にとって直接の健康上の利益はないこと）
- 6 個人情報の保護
- 7 研究参加に伴う危険と負担（身体的リスク、情報漏えいのリスク、費用負担）
- 8 ゲノムデータの解析とその結果の取り扱い（私個人には原則として結果は伝えられないこと）
- 9 細胞や情報の保存と管理（今回作成するiPS細胞やゲノムデータ等が本研究に参加する機関以外にも配布・保管され、研究終了後も日本や海外の研究機関（企業の研究所を含む）に所属する様々な研究者が使用すること）
- 10 研究への参加や中止は自由であること（ただし、参加を中止してもデータ等の利用の中止には応じられない場合もあること）
- 11 知的財産権の取り扱い（知的財産権は私には帰属しないこと）
- 12 研究組織
- 13 研究の資金源と利益相反
- 14 問い合わせ先

同意年月日：平成 年 月 日

署名：本人 \_\_\_\_\_

：代諾者（必要な場合） \_\_\_\_\_

住所（連絡先）：

〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

署名：説明者 \_\_\_\_\_

# 同意撤回書

[ *各研究機関の長を記載* ] 殿

私は、「[ *正式な研究課題名を記載* ]」に参加することに同意いたしましたが、撤回いたします。  
すでに提供した私の血液や検査の情報およびiPS細胞等は廃棄し、今後使用しないようお願いします。

平成 年 月 日

署名：本人 \_\_\_\_\_  
：代諾者（必要な場合） \_\_\_\_\_

住所（連絡先）：

〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

お手数ですが、下記の宛先までご郵送願います。  
お電話のみでの手続きはできませんので、ご了承ください。

同意撤回書郵送先

〒 [ *研究機関の住所を記載* ]

氏名 [ *個人情報管理者の氏名を記載* ]