

オーダーメイド医療実現化プロジェクトへの協力の同意文書

施設名

代表者 (担当責任者) 殿

私 はオーダーメイド医療実現化プロジェクトについて、
説明者 よりビデオまたはCDおよび説明文書を用いて説明を
受け、その目的、不利益の可能性、解析結果の取り扱いの方法等について十分理解しました。

<説明を受け理解した項目の口にレ点をつけてください>

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 遺伝子・血清の分析を行うこと | <input type="checkbox"/> 個人情報の保護 |
| <input type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 | <input type="checkbox"/> 遺伝子・血清解析結果の開示 |
| <input type="checkbox"/> 研究目的 | <input type="checkbox"/> 研究成果の公表 |
| <input type="checkbox"/> 研究方法 | <input type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input type="checkbox"/> 試料等の取扱の方針 |
| <input type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 | <input type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |
| | <input type="checkbox"/> 疑問や不安がある時に対する事項 |

私は、以上の説明を十分理解した上で、私の提供する試料等が本プロジェクトにて使用されることに同意します。

同意日

平成 年 月 日

署名

(試料提供者の署名または、記名・捺印/代諾の場合は試料提供者の記名)

代諾者の署名または、記名・捺印

代諾者の場合、試料提供者との関係

住所

電話 ()

説明日 平成 年 月 日

説明者の職名および記名・捺印 (または署名)
