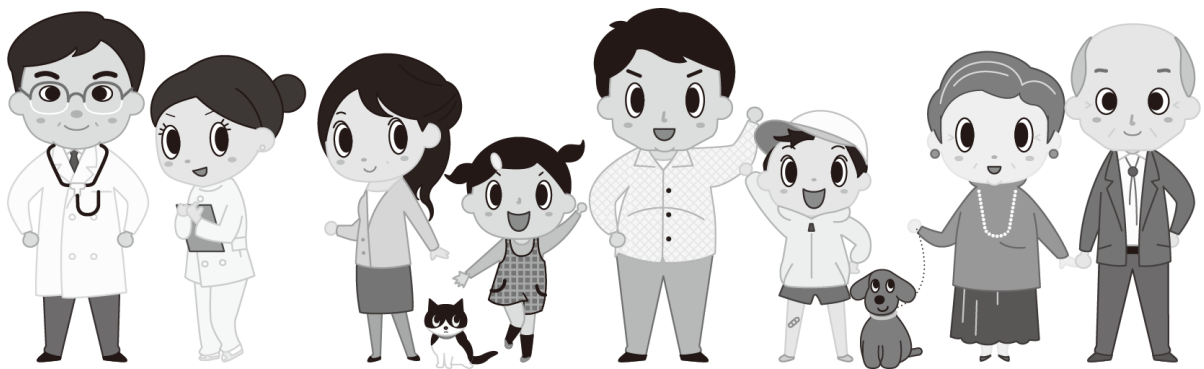


# バイオバンク・ジャパンへの ご協力に関する同意書



国立研究開発法人日本医療研究開発機構委託事業  
(文部科学省科学技術試験研究委託事業より継続)  
オーダーメイド医療の実現プログラム 第3期(2013年度-2017年度)

## 同意書 [病院保管用]

\_\_\_\_\_ (施設名) 病院長・院長殿

私は、「バイオバンク・ジャパン」への協力について、説明書に基づき、担当者より、口頭で以下の説明を受け、その内容を十分理解しました。私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

### ■説明を受けて理解した項目

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. この研究の目的とあなたにご協力をお願いする理由   | <input type="checkbox"/> 6. 同意の撤回は自由であること        |
| <input type="checkbox"/> 2. ご協力いただく内容(1回の採血・聞き取り調査・カルテ情報の転記・DNAの厳重な保管と研究者への配布・1年以上来院がない場合に限り追跡調査を実施)と研究期間 | <input type="checkbox"/> 7. あなたの人権が守られること        |
| <input type="checkbox"/> 3. この研究の方法   | <input type="checkbox"/> 8. プライバシー（個人情報）の保護      |
| <input type="checkbox"/> 4. この研究における直接的利益はないこと  | <input type="checkbox"/> 9. いただいたDNAや情報の活用や管理体制  |
| <input type="checkbox"/> 5. 参加しない場合でも不利益を受けないこと   | <input type="checkbox"/> 10. 遺伝情報は原則としてお教えしないこと  |
|   | <input type="checkbox"/> 11. 費用の負担について           |
|   | <input type="checkbox"/> 12. 研究資金と利益相反について       |
|   | <input type="checkbox"/> 13. 知的財産の取り扱い           |
|   | <input type="checkbox"/> 14. わからないことがあったときの対応と連絡 |

ご本人の署名	同意された日 平成      年      月      日
代諾者の署名	代諾者の場合、ご本人との関係

私は、「バイオバンク・ジャパン」へのご協力について、説明文書を提示して口頭で上記の説明を十分に行い、研究参加に同意をいただきました。

説明者	説明日 平成      年      月      日
※備考欄	

## 同意書 [ご本人保管用 (2枚複写)]

\_\_\_\_\_ (施設名) 病院長・院長殿

私は、「バイオバンク・ジャパン」への協力について、説明書に基づき、担当者より、口頭で以下の説明を受け、その内容を十分理解しました。私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

### ■説明を受けて理解した項目

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. この研究の目的とあなたにご協力をお願いする理由   | <input type="checkbox"/> 6. 同意の撤回は自由であること        |
| <input type="checkbox"/> 2. ご協力いただく内容(1回の採血・聞き取り調査・カルテ情報の転記・DNAの厳重な保管と研究者への配布・1年以上来院がない場合に限り追跡調査を実施)と研究期間 | <input type="checkbox"/> 7. あなたの人権が守られること        |
| <input type="checkbox"/> 3. この研究の方法   | <input type="checkbox"/> 8. プライバシー(個人情報)の保護      |
| <input type="checkbox"/> 4. この研究における直接的利益はないこと  | <input type="checkbox"/> 9. いただいたDNAや情報の活用や管理体制  |
| <input type="checkbox"/> 5. 参加しない場合でも不利益を受けないこと   | <input type="checkbox"/> 10. 遺伝情報は原則としてお教えしないこと  |
|   | <input type="checkbox"/> 11. 費用の負担について           |
|   | <input type="checkbox"/> 12. 研究資金と利益相反について       |
|   | <input type="checkbox"/> 13. 知的財産の取り扱い           |
|   | <input type="checkbox"/> 14. わからないことがあったときの対応と連絡 |

ご本人の署名	同意された日 平成 年 月 日
代諾者の署名	代諾者の場合、ご本人との関係

私は、「バイオバンク・ジャパン」へのご協力について、説明文書を提示して口頭で上記の説明を十分に行い、研究参加に同意をいただきました。

説明者	説明日 平成 年 月 日
※備考欄	

## 同意撤回通知書 [ご本人用]

\_\_\_\_\_ (施設名) 病院長・院長殿

私は、「バイオバンク・ジャパン」への協力に関する同意を撤回します。

■ 該当されるいずれかを選び、○印をつけてください。

- A. [      ] 私が提供したDNAを廃棄してください。また、今後、私の臨床情報を一切収集しないでください。ただし、これまでに収集されたデータ(臨床情報等)が利用されることや、私の行政情報の交付申請が法令に則って適切に行われることを理解しています。
- B. [      ] 私が提供したDNAを廃棄してください。また、私を識別する情報をすみやかに削除するとともに、今後、私の臨床情報や行政情報を一切収集しないでください。ただし、これまでに収集されたデータ(臨床情報等)は、私を識別する情報を削除したうえで、利用されることを理解しています。
- C. [      ] 私が提供したDNAを廃棄してください。また、私を識別する情報、これまでに収集されたデータ(臨床情報等)を全てすみやかに削除してください。今後、私の臨床情報や行政情報を一切収集しないでください。

\*ただし、いずれの方法においても、お申し出をいただいた段階で、既に外部機関にDNAが提供されている場合には、あなたのDNAを探して廃棄することができません。

ご本人の署名	申出日 平成      年      月      日
代諾者の署名	代諾者の場合、ご本人との関係

## 同意撤回通知受領書

「バイオバンク・ジャパンへのご協力の同意」撤回通知書を、確かに拝受いたしました。上記で選択された試料等の廃棄について、責任をもってバイオバンク・ジャパンに通知いたします。

施設名	氏名
同意撤回通知書受領日 平成      年      月      日	