

同意書

山梨大学医学部神経内科学講座 准教授 新藤和雅 殿

私は、「遺伝性及び孤発性痙性対麻痺に関する多施設共同大規模遺伝子解析研究」の実施に際し、同研究に関する説明を担当者から受け、下記の点を確認した上、参加することに同意します。

1. 研究の目的と意義
2. 研究の方法
3. 対象となる患者さん
4. この研究の予想される効果と起こるかもしれない副作用及び不利益について
5. 研究への参加とその撤回について
6. 研究を中止する場合について
7. この研究に関する情報の提供について
8. プライバシーの保護について
9. 試料・情報の保管及び廃棄の方法
10. この研究にかかる資金源および利益相反について
11. 経済的負担、謝礼について
12. この研究に関するご質問について
13. 研究実施に伴う重要な知見が得られた場合について
14. 知的財産権の帰属について
15. 健康被害が発生した場合について

説明日 年 月 日

同意日 年 月 日

本人署名または記名・押印 _____

代諾者署名または記名・押印 _____

研究参加者の氏名 _____ (研究参加者との関係)

本人または代諾者のいずれかまたは両方の署名又は記名・押印

同意確認日 年 月 日

本臨床研究に関する説明を行い、自由意思による同意が得られたことを確認しました。

施設名・所属 _____

説明者署名 _____

同意書

山梨大学医学部神経内科学講座 准教授 新藤和雅 殿

私は、「遺伝性及び孤発性痙性対麻痺に関する多施設共同大規模遺伝子解析研究」の実施に際し、同研究に関する説明を担当者から受け、下記の点を確認した上、参加することに同意します。

1. 研究の目的と意義
2. 研究の方法
3. 対象となる患者さん
4. この研究の予想される効果と起こるかもしれない副作用及び不利益について
5. 研究への参加とその撤回について
6. 研究を中止する場合について
7. この研究に関する情報の提供について
8. プライバシーの保護について
9. 試料・情報の保管及び廃棄の方法
10. この研究にかかる資金源および利益相反について
11. 経済的負担、謝礼について
12. この研究に関するご質問について
13. 研究実施に伴う重要な知見が得られた場合について
14. 知的財産権の帰属について
15. 健康被害が発生した場合について

説 明 日 年 月 日

同 意 日 年 月 日

本人署名または記名・押印 _____

代諾者署名または記名・押印 _____

研究参加者の氏名 _____ (研究参加者との関係)

本人または代諾者のいずれかまたは両方の署名又は記名・押印

同意確認日 年 月 日

本臨床研究に関する説明を行い、自由意思による同意が得られたことを確認しました。

施 設 名 ・ 所 属 _____

説 明 者 署 名 _____