

研究参加の同意文書

研究責任者 中村 治雅 殿

わたしは、「研究課題名：筋ジストロフィー患者登録システムの効率的な運用（顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー）」に関する下記の事項について、説明文書を読み十分に、理解しました。私の自由意思により、この研究に参加します （以下のチェックリストに、必ずチェックをつけてください）。

説明を受け理解した項目

- 1 本研究事業の目的及び意義
- 2 本研究事業の実施方法及び事業の継続期間
- 3 情報の提供に伴う経済的負担について
- 4 情報提供後の同意撤回について
- 5 個人情報等の取扱いについて
- 6 情報の保管及び廃棄の方法について
- 7 頂いた情報の将来的な二次利用の可能性について
- 8 情報を提供された方の研究結果の取扱いについて
- 9 研究事業に関する情報公開について
- 10 生じるかもしれない負担、リスク、利益について
- 11 研究計画書と研究事業に関する資料を入手又は閲覧したい場合
- 12 研究事業の資金源や研究者等の研究事業に関する利益相反について
- 13 本研究に関してご相談等がある場合について

臨床試験／治験が計画された場合に、ご自身が対象になる可能性（治験に参加できることが確約されたわけではありません）がある場合に、患者情報登録部門からご本人に直接ご連絡させていただくことについて

はい（連絡を希望する） いいえ（連絡を希望しない）

本人署名欄

同意年月日 20__年__月__日

署名（自署） _____

住所 _____

電話番号 _____

代諾者署名欄（本人が未成年/ご自身で十分な理解の上同意をしていただくことが難しい場合）

わたしは、_____が参加する「研究課題名：筋ジストロフィー患者登録システムの効率的な運用」に関する上記の事項について、説明文書を用いて十分に説明を受け、理解しました。本人に不利益が及ばないことを確認し_____がこの研究に参加することに同意します。

同意年月日 20__年__月__日

署名（自署） _____（続柄_____）