

同意文書

言語聴覚療法臨床研究会研究倫理委員長 殿

研究課題名：

- | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 研究について | <input type="checkbox"/> 個人情報の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 研究の目的および意義 | <input type="checkbox"/> 健康被害発生時の対応と補償 |
| <input type="checkbox"/> 研究の方法 | <input type="checkbox"/> 研究資金と知的財産権の帰属 |
| <input type="checkbox"/> 研究実施期間と対象者選定理由 | <input type="checkbox"/> 相談対応 |
| <input type="checkbox"/> 研究参加・撤回の利害関係 | <input type="checkbox"/> 研究担当者と連絡先 |
| <input type="checkbox"/> 研究に関する情報提供 | |

私は、上記研究課題における研究に(研究対象者氏名)が参加するにあたり、担当者から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別研究などのためにしようすることについて

- 同意します
 同意しません

本人署名 ：

同意年月日 ： 西暦 年 月 日

私は担当者として、今回の研究について説明しました。

担当者署名 ：

所 属 ： _____

説明年月日 ： 西暦 年 月 日