研究責任（代表）者　殿

研究課題名「　○○○○○○○○○○　」

同意説明文書の内容　　＊同意説明文書のタイトル内容にあわせて変更してください

* 研究の目的及び意義
* 研究の方法
* 研究期間
* 研究対象者の選定法（選定基準）
* 研究対象者に生じる利益と不利益
* 健康被害に対する補償
* 経済的負担または謝礼
* 同意の拒否及び撤回ができること、  
  それにより不利益を被らないこと
* 個人情報の保護
* 試料の保管と廃棄
* 情報公開
* 研究資金、利益相反
* 問い合わせ先

上記の項目について、同意説明文書【　　　　版】で説明しました。

　　　　説明年月日　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

　　　　研究担当者署名

　　　　補助説明年月日　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

　　　　補助説明者署名

上記の項目について説明を受け、よく理解しましたので、自由意志でこの臨床研究に参加します。

同意年月日　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

ご本人（自署）

代諾者が必要な研究の時

代諾者（自署）　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　）

※問合せ内容は、適宜変更してください。

※問合せ番号は、医局等の連絡がつきやすい番号を記載してください。

研究に関する問合先：

琉球大学病院○○科または大学院医学研究科○○講座

098-895-○○○○

研究責任者：○○○○○