

原本

同意書

国立大学法人東北大学大学院医学系研究科長 殿

(本人) 郵便番号

住所

氏名

(印) (署名または記名捺印・以下同じ)

記入年月日 西暦 年 月 日

私は、「本邦の医療現場における代理意思決定者の意思決定過程と心理・社会的影響に関する質的予備研究」について、担当者から、以下について説明を受けました。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 研究の目的・意義 | <input type="checkbox"/> 8. 将来の研究のために用いる可能性/
他の研究機関に提供する可能性 |
| <input type="checkbox"/> 2. この研究の背景について | <input type="checkbox"/> 9. 研究に関する費用について |
| <input type="checkbox"/> 3. 研究の内容・期間について | <input type="checkbox"/> 10. あなたに守っていただきたい事項について |
| <input type="checkbox"/> 4. 研究への参加の自由と同意撤回の自由について | <input type="checkbox"/> 11. 相談窓口 |
| <input type="checkbox"/> 5. 個人情報の保護・研究結果の取扱いについて | <input type="checkbox"/> 12. 研究組織 |
| <input type="checkbox"/> 6. 利益相反（企業等との利害関係）について | |
| <input type="checkbox"/> 7. 研究への参加が中止となる場合について | |

十分納得しましたので、本研究に参加することに同意します。なお、同意書の写しを受け取りました。

別紙同意説明文書について、私が説明しました。

担当者 東北大学医学系研究科医療倫理学分野 記入年月日 西暦 年 月 日

氏名

(印)

連絡先

年月日作成

版

参加者様控え

同意書

国立大学法人東北大学大学院医学系研究科長 殿

(本人) 郵便番号

住所

氏名 (印) (署名または記名捺印・以下同じ)

記入年月日 西暦 年 月 日

私は、「本邦の医療現場における代理意思決定者の意思決定過程と心理・社会的影響に関する質的予備研究」について、担当医師から、以下について説明を受けました。

<input type="checkbox"/> 1. 研究の目的・意義	<input type="checkbox"/> 8. 将来の研究のために用いる可能性/ 他の研究機関に提供する可能性
<input type="checkbox"/> 2. この研究の背景について	<input type="checkbox"/> 9. 研究に関する費用について
<input type="checkbox"/> 3. 研究の内容・期間について	<input type="checkbox"/> 10. あなたに守っていただきたい事項について
<input type="checkbox"/> 4. 研究への参加の自由と同意撤回の自由について	<input type="checkbox"/> 11. 相談窓口
<input type="checkbox"/> 5. 個人情報の保護・研究結果の取扱いについて	<input type="checkbox"/> 12. 研究組織
<input type="checkbox"/> 6. 利益相反（企業等との利害関係）について	
<input type="checkbox"/> 7. 研究への参加が中止となる場合について	

十分納得しましたので、本研究に参加することに同意します。なお、同意書の写しを受け取りました。

別紙同意説明文書について、私が説明しました。

担当者 東北大学医学系研究科医療倫理学分野 記入年月日 西暦 年 月 日

氏名 (印)

連絡先

年月日作成 版

原本

同意撤回書

国立大学法人東北大学大学院医学系研究科長 殿

(本人) 郵便番号

住所

氏名

(印)

(署名または記名捺印・以下同じ)

記入年月日 西暦 年 月 日

(代諾者・本人との関係_____)

(代諾者・本人との関係_____)

住所

住所

氏名

(印)

氏名

(印)

記入年月日 西暦 年 月 日

記入年月日 西暦 年 月 日

私は、「本邦の医療現場における代理意思決定者の意思決定過程と心理・社会的影響に関する質的予備研究」について、同意を撤回します。なお、同意撤回書の写しを受け取りました。

参加者様控え

同意撤回書

国立大学法人東北大学大学院医学系研究科長 殿

(本人) 郵便番号

住所

氏名

(印)

(署名または記名捺印・以下同じ)

記入年月日 西暦 年 月 日

(代諾者・本人との関係_____)

住所

氏名

(印)

(代諾者・本人との関係_____)

住所

氏名

(印)

記入年月日 西暦 年 月 日 記入年月日 西暦 年 月 日

私は、「本邦の医療現場における代理意思決定者の意思決定過程と心理・社会的影響に関する質的予備研究」について、同意を撤回します。なお、同意撤回書の写しを受け取りました。