

同意文書

北大阪メディカルクリニック 院長 牧田香理 殿

私は、「悪性腫瘍に対するネオアンチゲン由来ペプチド感作樹状細胞ワクチン療法の安全性を見る試験」に関する説明文書を受け取り、下記の内容について説明を受けました。

[説明文書]

1. はじめに
2. 研究の背景
3. 研究の目的
4. 研究の方法
5. 研究の予定参加期間
6. 研究の予定参加人数
7. 併用薬（治療）
8. 予想される利益と起こるかもしれない不利益
9. 健康被害が発生した場合
10. 得られた試料および資料の取り扱い
11. 得られた試料の二次利用
12. 研究への参加は、あなたの自由意思によるものです（同意の撤回について）
13. 治療の中止
14. カルテ等の調査・閲覧
15. 個人情報の保護
16. 費用負担
17. ウイルス検査の実施
18. 利益相反（起こり得る利害の衝突）
19. 研究から生じる知的財産権の帰属
20. 研究に関する新たな情報
21. ネオアンチゲン由来ペプチドの同定結果
22. 遺伝カウンセリングの利用
23. 研究の実施体制
24. 相談窓口

私は上記内容を十分に理解した上で、本研究に参加することに同意します。

試料の二次利用について：

本研究で治療や検査に使われなかった私の細胞や血液等の試料を、医学研究に提供することに、

同意します

同意しません

(同意日) 西暦 年 月 日

現住所 _____

ご本人 氏名 _____

(説明日) 西暦 年 月 日

所 属 瀬田クリニック東京 担当医師名 _____

説明文書 説明者サイン _____