

同意書

私は「研究名：PRP（多血小板血漿）による難治性潰瘍の治療」（研究責任者：形成外科 前川 二郎）への参加協力について、説明者 形成外科 により別紙「試験研究の参加と協力のお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | |
| <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 | |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 年 月 日
協力者氏名 _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：
横浜市立大学附属病院

研究責任者	形成外科	前川 二郎	または
個人情報管理者	形成外科	矢吹 雄一郎	
電話番号	045-787-2709		

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学 医学部、附属病院 総務課倫理担当 電話045-352-7718
まで、お問い合わせ下さい。