

患者 ID(慶應義塾大学病院)

## 研究協力の同意書

慶應義塾大学医学部長 殿  
 慶應義塾大学病院長 殿  
 研究責任者 殿

私は、研究課題名「亜急性期脊髄損傷に対する iPS 細胞由来神経前駆細胞を用いた再生医療」について、説明文書（第 3.30 版、2019 年 2 月 22 日作成）を用いて説明を受け、下記の各項目について理解し、自らの意思により研究協力の同意します。

・説明を受け理解した項目（注：□の中に、ご自身で✓印を付けて下さい。）

- 1 研究の意義、目的  
 2 研究協力の任意性と撤回の自由  
 3 研究の協力対象者  
 4 研究方法・研究協力事項

【主な研究協力事項：診療情報の提供、細胞移植手術および ████████ の投与を受けること、研究計画に従って治療や検査を受けること】

- 5 研究協力者にもたらされる利益および不利益  
 6 本臨床研究による健康被害に対する補償等に関する事項  
 7 他の治療法の有無  
 8 個人情報の保護  
 9 研究計画書等の開示・研究に関する情報公開の方法、協力者本人の結果の開示  
 10 研究成果の公表  
 11 研究から生じる知的財産権の帰属  
 12 研究終了後の試料・情報等の取扱いの方針  
 13 費用負担に関する事項  
 14 利益相反に関する事項  
 15 特定認定再生医療等委員会等に関する事項  
 16 問い合わせ先

## 研究協力者記入欄

同意日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 研究協力者 氏名： \_\_\_\_\_  
 (西暦) <署名>  
 代諾者 署名： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 <署名> 続柄： \_\_\_\_\_

(研究者等記入欄)【以下は「研究協力者記入欄」が記載された後に記入すること】

説明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 説明者： \_\_\_\_\_  
 (西暦) (必須：研究責任医師・研究分担医師)  
 説明補助者： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (任意：上記以外)

(個人情報管理者記入欄)

研究協力者 ID(連結可能匿名化用)