

同意書

西南女学院大学
保健福祉学部長

様

私は「研究課題名」について、研究責任者から説明文書（別記様式第1-2号）により、以下の内容について、説明を受けました。

- 研究の名称
- 西南女学院大学学長（適宜変更）の許可を受け、実施していること
- 研究機関の名称及び研究責任者
- 研究の目的及び意義
- 研究の方法
- 研究参加者として選定された理由
- 研究参加者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益
- 研究が実施（必要に応じて“継続”とする）されることに同意された場合であっても、随時これを撤回できること
- 研究が実施（必要に応じて“継続”とする）されることに同意しないことや同意を撤回することによって不利益な取扱いを受けることがないこと
- 本研究に関する情報公開の方法
- 求めに応じて、他の研究参加者の個人情報等の保護や研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、本研究の研究計画書及び研究の方法に関する資料を入手（必要に応じて“閲覧”）できること、その方法
- 個人情報等の取扱い
- 情報（必要に応じて“試料”）の保管及び廃棄の方法
- 本研究の資金源
- 西南女学院大学の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究組織のメンバーの研究に係る利益相反に関する状況
- 本研究に関して相談したいことが生じた場合の対応
- 経済的負担について（または“支払われる謝金について”）
なければ削除し、番号を繰り上げる。

- 通常の診療を超える医療行為を伴う研究の場合には、他の治療方法等に関する事項
- 通常の診療を超える医療行為を伴う研究の場合には、研究参加者への研究実施後における医療の提供に関する対応
上記2項目は本学ではないと思われる。その場合は削除。

- 研究参加者に係る研究結果（偶発的所見を含む。）の取扱い
考えられない場合は削除
- 本研究によって生じた健康被害に対する補償の有無及びその内容
侵襲を伴う研究の場合に記述する、それ以外は削除。
- 情報（必要に応じて“試料”）の別の目的で用いる可能性又は他の研究機関に提供する可能性について
- 本研究が安全かつ確実に実施されていることを確認するため、研究組織のモニタリング担当者、監査者、西南女学院大学倫理審査委員会が、情報（必要に応じて“試料”）を閲覧することがあること
侵襲（軽微な侵襲を除く。）を伴う研究であって介入を行うもの場合に記述する。
そうでない場合は、削除。

以上の事を理解した上で、私の自由意思によりこの研究に参加することを同意します。

同意事項の選択肢がある場合は下記として、上記の文章は削除。

以上の事を理解した上で、私の自由意思によりこの研究のつぎの項目に参加することを同意します。（同意した項目に✓を入れて下さい。）

.

.

20 年 月 日

<本人>

住所（ ）

氏名（ 印 ） 自署の場合は押印不要

代諾者が必要な場合。ない場合は削除。

<代諾者>

住所（ ）

氏名（ 印 ） 自署の場合は押印不要

本人との関係（ ）

上記の説明を行った者

西南女学院大学 所属 _____ 氏名 _____ 印
自署の場合は押印不要

研究責任者：西南女学院大学 学部 学科
電話番号（093）583

苦情処理窓口：西南女学院大学・西南女学院大学短期大学部 倫理審査委員長
連絡先電話番号：（093）583-5130（西南女学院大学 庶務課）