

遺伝子解析研究への協力の同意文書

滋賀医科大学医学部附属 病院長 殿
滋賀医科大学循環器内科 加藤 浩一 殿

私は遺伝子解析研究【家族性不整脈症候群及び心筋症の遺伝子解析】について、
_____より説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、

分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついで、次の条件で研究協力の同意致します。

説明を受け理解した項目（__の中にご自分でレを付けて下さい。）

- ◆ __ 研究協力者にあなたが選ばれた理由
- ◆ __ 遺伝子の分析を行うこと。
- ◆ __ 研究協力の任意性と撤回の自由
- ◆ __ 研究目的
- ◆ __ 研究方法
- ◆ __ 研究計画書等の開示
- ◆ __ 試料提供者にもたらされる利益および不利益
- ◆ __ 個人情報の保護
- ◆ __ 遺伝子解析結果の開示
- ◆ __ 研究成果の公表
- ◆ __ 研究から生じる知的財産権の帰属
- ◆ __ 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱の方針
- ◆ __ 費用負担に関する事項
- ◆ __ 遺伝カウンセリングの体制

研究協力への同意（説明を受け理解した項目の全ての項目にレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○を付け、署名して下さい。）

提供する生体試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることにのみ同意します。

本研究が終了した時、速やかに試料を廃棄してください。

はい

いいえ

署名：_____

提供する生体試料等が、本遺伝子解析研究に使用されるとともに、長期間保存され、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

署名：_____

提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出したDNAなどを研究機関が行うバンク事業に提供し、種々の研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

署名：_____

年 月 日

氏名（試料等提供者本人または代諾者）

（代諾者の場合本人との関係）

住所：

電話：

署名または記名・捺印：

説明者の氏名及び職名：

説明者の署名または記名・捺印：

連絡先：〒520-2192 大津市瀬田月輪町 滋賀医科大学循環器内科

Tel:077-548-2213（医局）

Fax:077-543-5839