

## 研究協力についての同意書

自治医科大学学長殿

私は、「**血管年齢検査は下野市住民健診の受診率向上に寄与するか（地域実証研究）**」について、説明文書を用いて、次の事項の説明を受けました。

（説明を受け、理解した項目の□にご自分でチェックを入れてください。）

- 研究責任者の所属・氏名
  - 研究の目的及び意義
  - 研究の方法
  - 研究の期間
  - 研究対象者として選定された理由
  - 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益
  - 研究への協力は任意であり、協力の同意をしなくても不利益を受けないこと
  - 研究への協力に同意した後でも、いつでも不利益を受けることなく同意を撤回できること
  - 研究に関する情報公開の方法
  - 個人情報の保護
  - 情報の保管及び廃棄の方法
  - 研究の資金源、研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況
  - 経済的負担又は謝礼
  - 知的財産権の帰属
  - 健康被害に対する補償
  - 情報等を特定されない将来の研究に用いる可能性、他の研究機関に提供する可能性
  - 相談等問い合わせ先、苦情の窓口
- 
- 説明を十分に理解したので、研究対象者として研究に協力することに同意します。
  - 私が本研究のために提供する情報は、匿名化された上で研究終了後も自治医科大学にて長期的に保管され、改めて倫理審査委員会の承認を得た後、将来の新たな研究・開発に使用されることに同意します。
  - 私が本研究のために提供する個人情報を含む情報は、研究終了後もフクダ電子株式会社にて長期的に保管され、匿名化された上で将来新たに実施される医療貢献を目的とした研究・開発に使用されることに同意します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

本人住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_（氏名は自署、または記名・押印）

### 【説明者の署名欄】

私は、上記の対象者様に、この研究について十分に説明しました。

説明日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 所属：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_（自署）

## 研究協力についての同意書

フクダ電子株式会社 殿

私は、「**血管年齢検査は下野市住民健診の受診率向上に寄与するか（地域実証研究）**」と「**下野市地域医療クラウドデータ利活用事業実証プロジェクト**」について、説明文書を用いて、次の事項の説明を受けました。

（説明を受け、理解した項目の□にご自分でチェックを入れてください。）

- 研究責任者の所属・氏名
  - 研究の目的及び意義
  - 研究の方法
  - 研究の期間
  - 研究対象者として選定された理由
  - 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益
  - 研究への協力は任意であり、協力の同意をしなくても不利益を受けないこと
  - 研究への協力に同意した後でも、いつでも不利益を受けることなく同意を撤回できること
  - 研究に関する情報公開の方法
  - 個人情報の保護
  - 情報の保管及び廃棄の方法
  - 研究の資金源、研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況
  - 経済的負担又は謝礼
  - 知的財産権の帰属
  - 健康被害に対する補償
  - 情報等を特定されない将来の研究に用いる可能性、他の研究機関に提供する可能性
  - 相談等問い合わせ先、苦情の窓口
- 
- 説明を十分に理解したので、研究対象者として研究に協力することに同意します。
  - 私が本研究のために提供する情報は、匿名化された上で研究終了後も自治医科大学にて長期的に保管され、改めて倫理審査委員会の承認を得た後、将来の新たな研究・開発に使用されることに同意します。
  - 私が本研究のために提供する個人情報を含む情報は、研究終了後もフクダ電子株式会社にて長期的に保管され、匿名化された上で将来新たに実施される医療貢献を目的とした研究・開発に使用されることに同意します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本人住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_（氏名は自署、または記名・押印）

### 【説明者の署名欄】

私は、上記の対象者様に、この研究について十分に説明しました。

説明日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 所属：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_（自署）