

同意書

研究責任者 殿

私は本臨床研究への参加協力について、〇〇〇〇〇〇より提示された別紙「試験研究の参加と協力のお願い」に基づき、以下の説明を十分に理解しました。

研究課題：京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区における「健診データを活用した検体バンク・検体情報ネットワークの構築」に係る健診結果データベースを活用したアミノインデックス®がんリスクスクリーニング(AICS)フォローアップ研究

研究責任者： 横浜市立大学附属病院消化器内科診療部長／主任教授 前田慎

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1 はじめに | 13 個人情報等の取り扱い |
| 2 臨床研究とは | 14 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| 3 研究の許可を受けていること | 15 利益相反 |
| 4 研究機関及び研究責任者 | 16 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| 5 研究の目的及び意義 | 17 費用について |
| 6 研究の方法及び期間 | 18 将来の研究の可能性 |
| 7 研究対象者として選定された理由 | 19 関係者が試料・情報を読覧すること |
| 8 負担並びに予測されるリスク及び利益 | 20 研究成果の公表について |
| 9 撤回できること | 21 知的財産権について |
| 10 不利益を受けないこと | 22 おわりに |
| 11 他の治療方法について | |
| 12 資料の閲覧 | |

自由意思により、私のアミノインデックス®検査結果（血漿中アミノ酸値及びAI値）及び人間ドック健診結果・精密検査結果を匿名化し、匿名化情報を上記研究に使用することに同意します。

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ

本人署名

本人住所 〒

生年月日 西暦 年 月 日 性別 男・女

※本人署名がある場合、記載は不要です。

代諾者署名※

続柄※

〈協力費の受け取りについて〉 受け取りを希望されない場合、□にチェックをご記入ください。

本研究参加にあたり、協力費の受け取りを 希望しない