

実施責任者

所属・職 京都府立医科大学大学院医学系研究科・泌尿器外科学 教授
氏 名 三木 恒治 様

私は（課題名）ヒトβ型インターフェロン発現プラスミド包埋正電荷リボソーム製剤を用いる進行期腎細胞癌の遺伝子治療臨床研究における遺伝子解析に関する研究の実施について（説明者） 年 月 日、（日時） 年 月 日、（場所）

において説明文書を用いて説明を受け、実施計画の意義、目的、方法、個人情報の保護方法などについて十分理解しました。

1 説明を受け理解した項目（□の中にご自分でレを付けてください）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 遺伝子の分析を行うこと | <input type="checkbox"/> 実施計画・実施方法の資料入手及び閲覧について |
| <input type="checkbox"/> 研究責任者の氏名及び職名について | <input type="checkbox"/> 個人情報の保護方法 |
| <input type="checkbox"/> 計画の意義、目的 | <input type="checkbox"/> 計画の一部を委託する場合の匿名化の方法 |
| <input type="checkbox"/> 研究方法 | <input type="checkbox"/> 研究から生じる特許権等の知的財産権の帰属先について |
| <input type="checkbox"/> 研究計画参加の任意性と撤回の自由について | <input type="checkbox"/> 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 同意撤回時の試料及び研究結果の廃棄について | <input type="checkbox"/> 試料等の保存及び使用方法について |
| <input type="checkbox"/> 研究対象者に選ばれた理由 | <input type="checkbox"/> 研究終了後の試料等の保存、使用、廃棄について |
| <input type="checkbox"/> 実施期間 | <input type="checkbox"/> 費用負担について |
| <input type="checkbox"/> 予測される研究結果 | <input type="checkbox"/> 試料等提供の対価はないこと |
| <input type="checkbox"/> 研究対象者に対して予測される危険・不利益 | <input type="checkbox"/> 問合せ、苦情等の窓口（連絡先）について |

2 研究協力への同意（□の中にご自分でレを付けてください）

私は、以上の説明を十分理解した上で、私の試料等を提供すること、及び提供する試料等が本研究に使用されることに同意します。

3 研究試料の保存への同意（□の中にご自分でレを付けてください）

私は、以上の説明を十分理解した上で、私の試料が将来の研究のために本研究終了後も保管されることに同意します。

年 月 日

試料等の提供者
氏 名
生年月日
住 所
電話番号

印