

## 研究協力の同意書

慶應義塾大学

医学部長 殿

私は培養上皮シート移植の研究について、( ) 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。ついては、次の条件で研究協力の同意いたします。

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。)

- 1 培養上皮シート移植を行うこと
- 2 研究協力の任意性と撤回の自由
- 3 研究目的
- 4 研究方法
- 5 研究計画書等の開示
- 6 個人情報の保護
- 7 結果の開示
- 8 研究成果の公表
- 9 研究から生じる知的財産権の帰属
- 10 費用負担に関する事項

研究協力への同意（説明を受け理解した項目のすべての□にレを記入された方は、次の「はい」または「いいえ」に○を付けて下さい。）

私は本研究に参加することを同意します。

はい                      いいえ

平成    年    月    日

署名・捺印（本人または代諾者） \_\_\_\_\_ ⑩

（代諾者と本人の関係） \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

研究実施責任者（所属長） \_\_\_\_\_ ⑩

説明者 \_\_\_\_\_ ⑩