

同意書

東北大学スマート・エイジング学際重点研究センター長 殿

(本人) 郵便番号

住所

氏名

(印) (署名または記名捺印・以下同じ)

生年月日 西暦 年 月 日

記入年月日 西暦 年 月 日

私は、「<実験プロジェクト名を記載>」について、担当研究者から、以下の説明を受けました。

<input type="checkbox"/> 1. 研究の目的・意義 <input type="checkbox"/> 2. この研究の背景について <input type="checkbox"/> 3. 研究の内容・期間について <input type="checkbox"/> 4. 研究への参加の自由と同意撤回の自由について <input type="checkbox"/> 5. 個人情報の保護・研究結果の取扱いについて <input type="checkbox"/> 6. 利益相反（企業等との利害関係）について <input type="checkbox"/> 7. この研究により健康被害が発生した場合の対応について <input type="checkbox"/> 8. 研究への参加が中止となる場合について	<input type="checkbox"/> 9. この研究に関して健康上の新しい情報が得られた場合の対応について <input type="checkbox"/> 10. 将来の研究のために用いる可能性／他の研究機関に提供する可能性 <input type="checkbox"/> 11. 研究に関する費用について <input type="checkbox"/> 12. あなたに守っていただきたい事項について <input type="checkbox"/> 13. 研究に関する情報公開の方法 <input type="checkbox"/> 14. 相談窓口
--	--

十分納得しましたので、本研究に参加することに同意します。なお、同意書の写しを受け取りました。

なお、5. の説明事項に関して、調査用の脳画像で異常が疑われる所見が発見された場合、その事実について、医師からの告知を

希望します ・ 希望しません

(どちらかを○で囲んでください)

別紙同意説明文書について、私が説明しました。

担当者 加齢医学研究所人間脳科学研究分野 記入年月日 西暦 年 月 日

氏名 (印)

連絡先：〒980-8575 仙台市青葉区星陵町4-1

東北大学加齢医学研究所 人間脳科学研究分野

TEL/FAX 022-717-8563

20XX年X月XX日作成 第1版

同意書

東北大学スマート・エイジング学際重点研究センター長 殿

(本人) 郵便番号

住所

氏名

(印) (署名または記名捺印・以下同じ)

生年月日 西暦 年 月 日

記入年月日 西暦 年 月 日

私は、「<実験プロジェクト名を記載>」について、担当研究者から、以下の説明を受けました。

<input type="checkbox"/> 1. 研究の目的・意義 <input type="checkbox"/> 2. この研究の背景について <input type="checkbox"/> 3. 研究の内容・期間について <input type="checkbox"/> 4. 研究への参加の自由と同意撤回の自由について <input type="checkbox"/> 5. 個人情報の保護・研究結果の取扱いについて <input type="checkbox"/> 6. 利益相反（企業等との利害関係）について <input type="checkbox"/> 7. この研究により健康被害が発生した場合の対応について <input type="checkbox"/> 8. 研究への参加が中止となる場合について	<input type="checkbox"/> 9. この研究に関して新しい情報が得られた場合の対応について <input type="checkbox"/> 10. 将来の研究のために用いる可能性／他の研究機関に提供する可能性 <input type="checkbox"/> 11. 研究に関する費用について <input type="checkbox"/> 12. あなたに守っていただきたい事項について <input type="checkbox"/> 13. 研究に関する情報公開の方法 <input type="checkbox"/> 14. 相談窓口
--	--

十分納得しましたので、本研究に参加することに同意します。なお、同意書の写しを受け取りました。

なお、5. の説明事項に関して、調査用の脳画像で異常が疑われる所見が発見された場合、その事実について、医師からの告知を

希望します ・ 希望しません

(どちらかを○で囲んでください)

別紙同意説明文書について、私が説明しました。

担当者 加齢医学研究所人間脳科学研究分野 記入年月日 西暦 年 月 日

氏名 (印)

連絡先：〒980-8575 仙台市青葉区星陵町4-1

東北大学加齢医学研究所 人間脳科学研究分野

TEL/FAX 022-717-8563

20XX年X月XX日作成 第1版

原本

同意撤回書

東北大学スマート・エイジング学際重点研究センター長 殿

(本人) 郵便番号

住 所

氏 名

(印)

(署名または記名捺印・以下同じ)

生年月日 西暦

年 月 日

記入年月日 西暦

年 月 日

私は、「<実験プロジェクト名を記載>」について、同意を撤回します。なお、同意撤回書の写しを受け取りました。

被験者様控え

同意撤回書

東北大学スマート・エイジング学際重点研究センター長 殿

(本人) 郵便番号

住 所

氏 名

(印)

(署名または記名捺印・以下同じ)

生年月日 西暦

年 月 日

記入年月日 西暦

年 月 日

私は、「<実験プロジェクト名を記載>」について、同意を撤回します。なお、同意撤回書の写しを受け取りました。