

遺伝子解析研究への協力の同意書

新 潟 大 学 長 殿

研究課題名： 脳小血管病の遺伝子解析研究

私は、担当の医師から上記の遺伝子解析研究について、説明文書に基づき説明を受け、下記項目について十分理解しました。

< 説明を受けた理解した項目 > (説明を受け、理解した項目の□内に✓を付けて下さい。)

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. 遺伝子・ゲノムの分析を行うこと | ☐ 13. 試料・情報を外部の機関へ提供する可能性 (委託する可能性を含む) |
| ☐ 2. 試料・情報の提供の任意性：同意しないことにより不利益な対応を受けないこと | ☐ 14. 遺伝情報の開示に関する事項 |
| ☐ 3. 不利益を受けることなく文書により撤回することができること | ☐ 15. 個人情報の開示に関する事項 (受付方法、提供者の確認方法) |
| ☐ 4. 提供者として選ばれた理由 | ☐ 16. 知的財産権の帰属先 |
| ☐ 5. 研究責任者の氏名及び職名 | ☐ 17. 試料・情報の保存及び使用方法 |
| ☐ 6. 研究の意義、目的及び方法、期間 | ☐ 18. 試料・情報の廃棄の方法 |
| ☐ 7. 将来のヒトゲノム・遺伝子解析研究に試料・情報が利用される可能性 | ☐ 19. 遺伝カウンセリングの利用に係る情報 |
| ☐ 8. 将来の試料・情報を他機関に提供される可能性 | ☐ 20. 研究資金の調達方法、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり |
| ☐ 9. 共同研究する他機関 (主研究機関) の責任を有する者の氏名又は名称 | ☐ 21. 試料・情報の提供は無償であること |
| ☐ 10. 予測される危険や不利益 | ☐ 22. 問合せ (個人情報の訂正、同意の撤回等)、苦情等の窓口の連絡先等に関する情報 |
| ☐ 11. 研究計画及び研究方法についての資料を入手又は閲覧することができること | ☐ 23. 費用負担に関する事項 |
| ☐ 12. 匿名化の具体的方法。匿名化できない場合 | ☐ 24. 当該解析計画は新潟大学によって承認されたものであること |

< 遺伝子解析研究についての同意内容 > (同意する方の□に✓を付けて下さい。)

- ①上記の項目を理解した上で、提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意いたします。 □ はい □ いいえ
- ②提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されるとともに本研究終了後も長期間保存され、将来新たに計画される遺伝子解析を含む医学研究に使用されることに同意します。
□ はい □ いいえ：本研究が終了したとき、試料を廃棄して下さい。
- ③外部機関 (共同研究機関を含む) へ試料や情報を提供することに同意します。
□ はい □ いいえ
- ④偶然に重要な遺伝情報が見つかった場合、それをお知らせした方がよろしいですか？
□ はい □ いいえ

同意日：西暦 年 月 日 提供者氏名： _____

代諾者氏名： _____

(提供者との関係： _____)

上記の方に、遺伝子解析研究について私が説明し同意されたことを確認いたします。

説明日：西暦 年 月 日 説明者氏名： _____

所属： _____

遺伝子解析研究協力の同意撤回書

新 潟 大 学 長 殿

私は、研究課題名： 脳小血管病の遺伝子解析研究

において研究協力することに同意し、同意書を提出いたしました。その同意を撤回いたしたく、ここに同意撤回書を提出いたします。

同意撤回内容（該当する項目に○をお付け下さい）

- 1．（ ） 提供試料をこの遺伝子解析研究に使用することへの同意を撤回いたします。
 - 2．（ ） 提供試料を保存し、将来の研究に使用されることへの同意を撤回いたします。
 - 3．（ ） 外部機関へ試料や情報を提供することへの同意を撤回いたします。
 - 4．（ ） その他（ ）
- (偶然に重要な遺伝情報が見つかった場合の対応など)

西曆 年 月 日 提供者氏名：

代諾者氏名：_____

(提供者との関係:)

連絡先：住所 〒 ー

TEL () – –

上記提供者より、同意撤回書を私が受理いたしました。

西曆 年 月 日 所 屬：

受理者：