**様式10（代諾者なし）**

**同　意　書**

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）　　　　　　　　　　　　が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）　　　版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて

　□同意します

　□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて

　□同意します

　□同意しません

**同意書作成時留意点**

* 作成時の注意点を参考に作成してください。
* 同意書様式は3種類あります（代諾者なし用、代諾者あり用、アセント用）。

申請する研究に必要な同意書を選択して作成してください。

* 申請時、本オートシェイプおよび作成時の注意点のフォーマットは削除してください。

同意日　 　：　　西暦　　　年　　　月　　　日

本人署名　：

立会人※署名（続柄）：　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　　　：　　西暦　　　年　　　月　　　日

担当医署名　：

同席者署名　：

**様式10-1（代諾者あり）**

署名後、コピーを渡してください

**同　意　書**

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）　　　　　　　　　　　　が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）　　　版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて

　□同意します

　□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて

　□同意します

　□同意しません

同意日　 　：　　西暦　　　年　　　月　　　日

本人署名　：

代諾者署名（続柄）：　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　）

立会人※署名（続柄）：　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

□本人にも説明し、インフォームド・アセントを得ました

（アセントを得た場合、チェックをいれてください。文書アセントの場合は様式10-2確認書が必要です。）

説明日　　　：　　西暦　　　年　　　月　　　日

担当医署名　：

同席者署名　：

**様式10-2（アセント確認書）**

署名後、コピーを渡してください

　：

についてをきました。

にすることにします。

めた　：

　：

をした

をした　　　：

の　：

署名後、コピーを渡してください