

同意書

アイブイエフ詠田クリニック 院長 詠田 由美 殿

私は、研究課題名「反復体外受精・胚移植(ART)不成功例、習慣流産例(反復流産を含む)、染色体構造異常例を対象とした着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)の有用性に関する多施設共同研究」について、説明文書を用いて説明を受け、下記の各項目について理解し、自らの意思により研究協力を同意します。

・説明を受け理解した項目(注: □の中に、ご自身で✓印を付けて下さい。)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 臨床研究について | 利益 |
| <input type="checkbox"/> 2. 研究参加の任意性と撤回の自由 | <input type="checkbox"/> 12. 個人情報の保護 |
| <input type="checkbox"/> 3. この臨床研究の目的、概要について | <input type="checkbox"/> 13. 研究計画書等の開示・研究に関する情報公開の方法 |
| <input type="checkbox"/> 4. 本研究の研究組織 | <input type="checkbox"/> 14. 研究参加者への結果の開示 |
| <input type="checkbox"/> 5. あなたが研究対象者として選ばれた理由 | <input type="checkbox"/> 15. 研究成果の公表 |
| <input type="checkbox"/> 6. 本研究に参加して頂く患者さんの人数 | <input type="checkbox"/> 16. 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input type="checkbox"/> 7. 本研究の流れ | <input type="checkbox"/> 17. 研究終了後の試料取扱の方針 |
| <input type="checkbox"/> 8. 研究期間について | <input type="checkbox"/> 18. 費用負担および利益相反に関する事項 |
| <input type="checkbox"/> 9. 胚移植に用いる胚(胚盤胞)について | <input type="checkbox"/> 19. 問い合わせ先 |
| <input type="checkbox"/> 10. 研究協力事項について | |
| <input type="checkbox"/> 11. 研究対象者にもたらされる利益および不 | |

研究対象者記入欄

同意日 _____年 月 日
(西暦)

研究対象者 氏名: _____

<署名、または記名・捺印>

配偶者 氏名: _____

<署名、または記名・捺印>

(研究者等記入欄)

説明日 _____年 月 日
(西暦)

説明者: _____

(研究/実務責任医師・分担医師)

同意撤回書

アイブイエフ詠田クリニック 院長 詠田 由美 殿

私は、研究課題名「反復体外受精・胚移植(ART)不成功例、習慣流産例(反復流産を含む)、染色体構造異常例を対象とした着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)の有用性に関する多施設共同研究」について、説明文書を用いて説明を受け、自らの意思により研究参加に同意しましたが、その同意を撤回いたします。

同意撤回日 : 年 月 日

氏名(署名) :

以降、この研究へは参加しません。

これまでに提供した試料などは、個人情報削除した上で使用することを認めます。

この研究への参加はすべて取り消します。

これまでに提供した試料とデータは、可能な限りすべて廃棄してください。

(すでに論文が公表されている場合など、廃棄できないことがあります。)

検体を PGS 解析に使用することの同意を撤回します。

検体を保存することの同意を撤回します。

私は、この研究に登録した上記患者の研究参加に関する同意撤回の申し出を確かに受領しました。

研究責任(担当)医師

申出受領日 : 年 月 日

氏名(署名) :