

国立感染症研究所長 殿
研究代表者 菅井 基行 殿

同意書

このたび、「小児におけるB群連鎖球菌感染症ナショナルサーベイランス」について、研究者から以下の事項について十分に説明を受けました。

1. 研究の課題名
2. 研究の目的・意義
3. 研究対象者，期間
4. 研究方法
5. 共同研究の体制
6. 期待される効果
7. 予測される危険や不利益
8. 人権とプライバシー配慮
9. 研究協力の任意性と不利益の回避
10. 研究結果の公表の方法
11. 研究の資金源，費用負担の有無，謝礼について
12. 検体の二次利用にについて
13. お問い合わせ先

上記説明に納得したうえで、自らの自由意思で

本研究への協力に 同意します / 同意しません

検体の二次利用に 同意します / 同意しません

同意日：令和 年 月 日

患者氏名 _____

代諾者氏名（署名） _____（続柄： _____）

住所 _____

同意書の控えを受け取りました

説明日： 令和 年 月 日

説明者署名 _____

国立感染症研究所長 殿
研究代表者 菅井 基行 殿

同意書（患者控え）

このたび、「小児におけるB群連鎖球菌感染症ナショナルサーベイランス」について、研究者から以下の事項について十分に説明を受けました。

1. 研究の課題名
2. 研究の目的・意義
3. 研究対象者，期間
4. 研究方法
5. 共同研究の体制
6. 期待される効果
7. 予測される危険や不利益
8. 人権とプライバシー配慮
9. 研究協力の任意性と不利益の回避
10. 研究結果の公表の方法
11. 研究の資金源，費用負担の有無，謝礼について
12. 検体の二次利用にについて
13. お問い合わせ先

上記説明に納得したうえで、自らの自由意思で

本研究への協力に 同意します / 同意しません

検体の二次利用に 同意します / 同意しません

同意日：令和 年 月 日

患者氏名 _____

代諾者氏名（署名） _____（続柄： _____）

住所 _____

同意書の控えを受け取りました

説明日： 令和 年 月 日

説明者署名 _____