

同意書

産業医科大学 学長 殿

私は、西暦2022年1月から西暦2024年12月までの期間、産業医科大学医学部リハビリテーション医学講座で実施される「社会福祉施設の介護従事者に対するオンライン転倒・腰痛プログラムの有効性に関する研究」について、事前に説明文書を受け取り、研究実施担当者から、説明文書に基づいて、研究の目的、意義、方法、対象者が受ける不利益及び危険性、個人情報の保護などに関して、十分な説明を受けました。

また、私が、研究参加に同意した後も、何時でも自らの意思で研究参加を取止めることができること、及び研究参加を取止めた後も何ら不利益を受けないことについても説明を受けました。

以上のことを理解した上で、私の意思により、この研究に参加することに同意します。

説明を受け理解した項目（確認欄にご自身で○を記入してください。）

確認欄	項目	説明文書項目
	研究の目的、意義及び方法	4, 5
	研究対象者として選定された理由	6
	予測される利益、リスクと不利益	7
	研究参加の任意性とその同意の撤回の自由	8, 9
	研究に関する情報公開の方法	10, 11
	個人情報の保護	12
	個人情報などの保管及び廃棄方法	13
	研究の資金源と利益相反	14
	研究により得られた結果等の取扱い	15
	研究対象者等からの相談等への対応	16
	費用の負担に関すること	17
	通常の診療を超える研究について	18, 19
	研究業務の一部を委託する場合の業務内容と監督方法について	20
	研究対象者の健康等への影響について	21
	研究対象者から得た情報などの将来的活用	22
	モニタリング及び監査方法	23
	知的財産の発生について	24
	その他	25

(本人)

同意年月日 西暦 年 月 日

(代諾者)・・・必要な場合のみ

同意年月日 西暦 年 月 日

ご署名

ご署名

(続柄)

上記の研究について私が説明をしました。

説明年月日 西暦 年 月 日

所属名

氏名

連絡先：産業医科大学リハビリテーション医学講座 電話番号 093-691-7266
研究実施責任者：産業医科大学リハビリテーション医学講座 教授 佐伯 寛