

同 意 書

大分大学医学部長 殿

私は、「血液疾患患者における分子標的治療薬（イマチニブ・ニロチニブ・ダサチニブ・ボスチニブ・ポナチニブ）の薬物血中濃度解析に関する研究」について、

（主治医氏名） _____ から下記の事項について十分に説明を受け、本研究について十分理解し、みずからの自由意思に基づき、研究に参加することに同意いたします。

記

1. 研究の名称
2. 研究の目的及び意義
3. 研究方法及び期間
4. 研究対象者として選定された理由
5. 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益
6. 遺伝的特徴に関する重要な知見および研究により得られた結果等の取扱い
7. 健康被害に対する補償および賠償
8. 研究への参加は自由であること
9. 個人情報等の取扱い
10. 試料および情報の保存
11. 他機関への試料・情報の提供
12. 研究資金
13. 本研究に係る利益相反
14. 相談等の対応
15. 取得した試料・情報の将来の研究利用
16. 研究に関する情報公開
17. 研究組織

令和 年 月 日

同意者氏名 _____ (印)
(本人)

※ なお、本同意書は2部作成し、双方にて保管する。