

※「同意書」は本書式に準じて、研究実態に即し説明項目を削除・追加して作成すること。

【「同意書」参考書式】

患者さん用

同 意 書

年 月 日

秋田大学大学院医学系研究科長 殿

患者氏名（署名）

代諾者氏名（署名）

（署名）

住所

患者との関係（続柄）

私は、本研究（研究課題名：慢性骨髄性白血病患者のチロシンキナーゼ阻害薬中止後における無治療寛解の維持機構解明を目指した変異BCR-ABLと宿主免疫応答の解析）について、_____科 _____先生に以下の項目について十分説明を受け、理解しました。

- 本研究の目的及び方法
- 予想される効果及び副作用
- 当該疾患に対する他の治療方法の有無及びその内容
- 研究目的以外には検体を使用しないこと及び目的以外の情報の不開示
- 患者さんのプライバシー、データの厳重な守秘義務
- 研究への参加に同意しない場合であっても不利益を受けないこと
- 研究への参加に同意した場合でも随時これを撤回できること
- その他被験者の人権の保護に関し必要な事項
- 本研究にあたっての健康被害があった場合の対処方法について

については、私の自由意思により本研究に参加することに同意します。

また、本研究への参加への同意はいつでも撤回でき、撤回した場合でも不利益を受けないことを確認しています。

説明者 担当医師：_____（印）

説明日： 年 月 日

