

バイオバンク番号： _____

同意の確認書

国立成育医療研究センター理事長 殿

私は、「成育バイオバンク事業への協力をお願い」について、説明を受け、検査や治療に使われ、残った血液や組織、研究用に提供する試料ならびにそれらに付随する診療情報を国立成育医療研究センターバイオバンクで保管し、私の病気の研究を含む広い範囲での医学研究にセンター内外の研究機関や企業で活用することについて、文書による説明を受け、以下の主な項目についてその内容を理解致しました。その上で以下のように判断します。

(試料の利用と保管について)

わたしの診療の検査や治療のために採取され、その後に残った血液・組織等、または本研究の目的のために採取した試料等、それらに付随する診療情報を医学研究のためにバイオバンクで保管し、今後、さまざまな医学研究に利用されることに、

同意します

_____年____月____日

20歳未満の方

ご本人のお名前 _____ / 診察券番号 _____

代諾者のご署名 _____ 続柄 ()

20歳以上の方

ご本人のご署名 _____ / 診察券番号 _____

ご本人のご署名 _____ / 診察券番号 _____

※同意されない場合は、何も書かずに、だ液採取キットと一緒にご返却ください。

説明者 (自署) _____ 職名 ()

口頭アセントを取得 (7歳以上) した しない 該当しない

記入例

同意の確認書

国立成育医療研究センター理事長 殿

私は、「成育バイオバンク事業への協力をお願い」について、説明を受け、検査や治療に使われ、残った血液や組織、研究用に提供する試料ならびにそれらに付随する診療情報を国立成育医療研究センターバイオバンクで保管し、私の病気の研究を含む広い範囲での医学研究にセンター内外の研究機関や企業で活用することについて、文書による説明を受け、以下の主な項目についてその内容を理解致しました。その上で以下のように判断します。

(試料の利用と保管について)

わたしの診療の検査や治療のために採取され、その後に残った血液・組織など、または本研究の目的のために採取した試料等、それらに付随する診療情報を医学研究のためにバイオバンクで保管し、今後、さまざまな医学研究に利用されることに、

同意します

お子様の診察券のお名前

2020 年 1 月 1 日

20 歳未満の方

ご本人のお名前 FO/O 成育 花子 / 診察券番号 1234567

代諾者のご署名 成育 花子 続柄 (母) お母様または お父様

20 歳以上の方

お母様

ご本人のご署名 成育 花子 / 診察券番号 1234569

ご本人のご署名 成育 太郎 / 診察券番号 _____

だ液を提供して下さる
お父様

※同意されない場合は、何も書かずに、だ液採取キットと一緒にご返却ください。

説明者 (自署) _____ 職名 (_____)
 口頭アセントを取得 (7 歳以上) した しない 該当しない