**臨床研究に関する情報公開（一般向け）**

**「研究課題名」 へご協力のお願い**　**ひな形**

―（西暦） ●●年 ●● 月 ●●日～（西暦）〇〇 年 〇〇月 〇〇日までに当科において△△治療を受けられた方へ―

研究機関名

研究責任者 (所属氏名)

研究分担者 （所属氏名）

１．研究の概要

1) 研究の意義

2) 研究の目的

２．研究の方法

1) 研究対象者

2) 研究期間

3) 研究方法

4) 使用する試料の項目

5) 使用する情報の項目

6) 情報の保存

7) 情報の保護

8) 研究計画書および個人情報の開示（サンプル） あなたのご希望があれば、個人情報の保護や研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、この研究計画の 資料等を閲覧または入手することができますので、お申し出ください。 また、この研究における個人情報の開示は、あなたが希望される場合にのみ行います。あなたの同意により、ご家族等（父母）、配偶者、成人の子又は兄弟姉妹等、後見人、保佐人）を交えてお知らせすることも できます。内容についておわかりになりにくい点がありましたら、遠慮なく担当者にお尋ねください。 この研究はあなたのデータを個人情報がわからない形にして、学会や論文で発表しますので、ご了解ください。 この研究にご質問等がありましたら下記の連絡先までお問い合わせ下さい。また、あなたの試料・情報が 研究に使用されることについてご了承いただけない場合には研究対象としませんので、（西暦） 〇〇年 〇〇 月 〇〇 日までの間に下記の連絡先までお申し出ください。この場合も診療など病院サービスにおいて患者の皆様に 不利益が生じることはありません。

＜問い合わせ・連絡先＞

所属 氏名：

電話：（平日：９ 時 30 分～17 時 ００ 分） ファックス：