**参加同意書** (必要に応じて修正)

**研究課題名**: .....................................

研究者氏名と連絡先..............................

参加者ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

それぞれの項目の□にご署名ください

（オンラインの場合は□にチェックを入れてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 私は別紙の研究同意説明書（第XX稿、 xxxx年 xx月xx日）を読み、研究内容を理解しました。 |  |
| 1. 私は研究についての説明後、それについて検討および質問をする機会があり、また、質問に対する納得のいく回答を得ることができました。 |  |
| 1. 研究への参加は自らの意思によるものであり、理由を述べることなく、また私の医療または法的権利[説明書に記載されているものと同一であることを確認する]が影響を受けることなく、いつでも撤回を求めることができることを理解しました。 |  |
| 1. (該当する場合)私は、匿名化されたデータが最低X年間保存され、将来、別の研究倫理審査で承認された研究に使用される可能性があることを理解しました。 |  |
| 1. (該当する場合)私は、私の（医療記録の）関連項目および研究中に収集された個人情報が、この研究への私の参加の範囲内で、エティンバラ大学の研究者によって閲覧される可能性があることを理解し、また、私の個人情報（および/または医療記録）にアクセスすることを許可します。 |  |
| 1. (該当する場合)私は、現時点でこの研究に参加することは、コロナウイルスへの潜在的な曝露の危険性があることを認識しており、この研究ではコロナウイルスへの曝露と感染のリスクを最小限に抑えるための措置がされていることを理解します。 |  |
| 1. (該当する場合)　私のこの研究への参加について、私のかかりつけ医へ通知されることに同意します。 |  |
| 1. (該当する場合)私のインタビューが録音または録画（必要に応じて削除）されることに同意します。 |  |
| 1. (該当する場合)私は、録音されたインタビューの音声/ビデオデータ (必要に応じて削除) の逐語録が第三者の請負業者によって作成されることに同意します。 |  |
| 1. 私は上記の研究に参加することに同意します。 |  |

(以下の署名スペースは、同意書がオンラインの場合、上記のチェックボックスに置き換えることができる)

同意者氏名 日付 署名

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

説明者氏名 日付 署名

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(同意書がオンラインの場合は、次の手順を削除してください)

原本１部‐サイトファイルｃ、 写し1部–参加者。 写し1部‐– 医療記録 (該当する場合)