

同意書

静岡社会健康医学大学院大学 理事長 殿

研究課題名：都市構想におけるデジタル化の推進に伴う母子保健領域の健康課題

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 0. 研究の名称、研究機関の名称、研究責任者
および研究分担者について | 8. 資料の閲覧および入手方 |
| 1. 研究許可 | 9. 個人情報の取扱いについて |
| 2. 研究の目的及び意義 | 10. 試料・情報の保管および廃棄の方法 |
| 3. 研究の方法 | 11. 研究資金の種類および提供者 |
| 4. 研究実施期間 | 12. 研究により得られた結果等の取扱い |
| 5. 研究対象者として選定された理由 | 13. お問い合わせ先 |
| 6. 研究対象者の負担ならびに予測される
リスクおよび利益 | 14. 研究対象者等に対する経済的負担
または謝礼の有無とその内容 |
| 7. 研究への参加とその撤回について | 15. 試料・情報の二次利用 |

【研究対象者署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究に参加することについて同意します。また、同意説明文書と本同意書の写しを受け取りました。

同意日：(西暦) 年 月 日

氏 名： _____

住 所： _____

【同意取得者】

氏 名： 小島原 典子
