**作成日：20XX年　XX月　XX日**

**研究協力のお願い**

**昭和医科大学では、下記の臨床研究（学術研究）を行います。研究目的や研究方法は以下の通りです。この掲示などによるお知らせの後、臨床情報の研究使用を許可しない旨のご連絡がない場合においては、ご同意をいただいたものとして実施されます。皆様方におかれましては研究の趣旨をご理解いただき、本研究へのご協力を賜りますようお願い申し上げます。**

**この研究への参加を希望されない場合、また、研究に関するご質問は問い合わせ先へ電話等にてご連絡ください。**

|  |
| --- |
| こちらには研究課題名をご記載ください（※提出時に赤字と青字は削除して下さい） |
| **１．研究の対象および研究対象期間**  ※診療録を利用する施設をすべて記載します。研究対象者は「患者さん」と表現してください。  （例）2010年1月1日から2023年10月31日に昭和医科大学病院、昭和医科大学病院附属東病院、昭和医科大学江東豊洲病院〇〇科で××の手術を行った患者さん |
| **２．研究目的・方法**  ※一般の患者さん向けの文書となりますので、専門的な用語や略語は可能な限り避けていただき、平易で分かりやすい文章でご記載ください。です・ます調にて文調を整えてください。 |
| **３．研究期間**  昭和医科大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会審査後、委員会から発行される「審査結果通知書の承認日」より、研究実施機関の長の研究実施許可を得てから　　年　　月　　日まで |
| **４．研究に用いる試料・情報の種類**  ※研究実施計画書の16.調査項目に記載した調査項目を一般的な名称を使用して記載します。検査項目などは集約して分かりやすく表現しても構いませんが「～など」は使用しないようにしてください。 |
| **５．外部への試料・情報の提供**  ※昭和医科大学の単施設で実施する場合は、当該項目を削除せず「該当いたしません」と記載してください。  ※昭和医科大学の複数施設および多機関共同研究の場合は、提供する内容とどのような方法で提供を行うかが分かるよう、必要な範囲でその方法も含め記載してください。  （例）昭和医科大学の複数施設で実施する研究の場合  本研究で取得した診療情報は研究責任者が個人の氏名、生年月日、電話番号、また診療情報等の個人を識別できる情報を削除し、研究用のＩＤを付与することで符号化します。符号化した診療情報は昭和医科大学病院、昭和医科大学附属東病院の外部から切り離されたコンピューター内にそれぞれ保存され、昭和医科大学病院および昭和医科大学附属東病院 〇〇科（提供元）から昭和医科大学医学部〇〇講座（提供先）へ研究者のみがアクセスできるオンラインストレージを通じて送付されます。  （例）多機関共同研究の場合  本研究で取得した診療情報は研究責任者が個人の氏名、生年月日、電話番号、また診療情報等の個人を識別できる情報を削除し、研究用のＩＤを付与することで符号化します。符号化した診療情報は昭和医科大学病院の外部から切り離されたコンピューター内およびUSBメモリにパスワードを設定して保存されます。データの保存媒体であるUSBメモリにもパスワードを設定し、セキュリティの高いレターパックプラス（赤）を用いて、共同研究機関である、〇〇病院に郵送します。 |
| **６．研究組織**  ※共同研究機関（機関名、研究責任者名）、研究協力機関（機関名、機関の長名）、既存試料・情報の提供のみを行う機関（機関名、機関の長）がある場合は、すべての機関について記載してください。 本書式内に列挙することが困難な場合は、別紙での一覧や、WEBサイト等を記載してもよいです。  （例）  研究代表者 研究機関名 氏名  研究責任者　 研究機関名　 氏名  研究機関名 氏名  研究協力機関 機関名 機関の長の氏名  機関名 機関の長の氏名  既存試料・情報の提供のみを行う機関  機関名 機関の長の氏名 |
| **7．お問い合わせ先**  本研究に関する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ください。ご希望があれば、他の研究対象者の個人情報及び知的財産の保護に支障がない範囲内で、研究計画書及び関連資料を閲覧することが出来ますのでお申出ください。また、試料・情報が当該研究に用いられることについて患者さんもしくは患者さんの代理人の方にご了承いただけない場合には研究対象者としませんので、下記の連絡先までお申出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。  　照会先および研究への利用を拒否する場合の連絡先：  所属：　　　　　　　　　　　　氏名：  住所：　　　　　　　　　　　　電話番号：　代表番号は避ける |