

説明と同意の記録

「栃木県立がんセンター 栃木がん生体資源バンク」について、以下の内容を別紙説明文書に沿って担当者が説明いたしました。

<input type="checkbox"/> 1. はじめに	<input type="checkbox"/> 6. 個人情報 が 厳重に 保護される ことについて
<input type="checkbox"/> 2. あなたの組織や血液をあなたの将来の検査に使用する場合(臨床用)	<input type="checkbox"/> 7. 同意の自由、同意撤回の自由
<input type="checkbox"/> 3. あなたの組織や血液を医学研究に使用する場合(研究用)	<input type="checkbox"/> 8. 研究結果の開示
<input type="checkbox"/> 4. 各種委員会等の役割	<input type="checkbox"/> 9. その他
<input type="checkbox"/> 5. 医学研究の内容	<input type="checkbox"/> 10. さらに情報を希望される方へ

○バイオバンクにご協力いただけるかどうか

協力する 協力しない

同意日： 年 月 日

氏名：

代諾者署名：

説明日： 年 月 日

同意確認日： 年 月 日

医師名／バイオバンクコーディネーター名

／

説明と同意の記録

「栃木県立がんセンター 栃木がん生体資源バンク」について、以下の内容を別紙説明文書に沿って担当者が説明いたしました。

<input type="checkbox"/> 1. はじめに	<input type="checkbox"/> 6. 個人情報 が 厳重に 保護される ことについて
<input type="checkbox"/> 2. あなたの組織や血液をあなたの将来の検査に使用する場合(臨床用)	<input type="checkbox"/> 7. 同意の自由、同意撤回の自由
<input type="checkbox"/> 3. あなたの組織や血液を医学研究に使用する場合(研究用)	<input type="checkbox"/> 8. 研究結果の開示
<input type="checkbox"/> 4. 各種委員会等の役割	<input type="checkbox"/> 9. その他
<input type="checkbox"/> 5. 医学研究の内容	<input type="checkbox"/> 10. さらに情報を希望される方へ

○バイオバンクにご協力いただけるかどうか

協力する 協力しない

同意日： 年 月 日

氏名：

代諾者署名：

説明日： 年 月 日

同意確認日： 年 月 日

医師名／バイオバンクコーディネーター名

／