

# 同意書（研究・医療行為）

NPO 法人日本臨床歯周病学会

研究責任者              担当医師名        殿

私は、担当医        歯科医師から、「        研究」の研究内容について詳細な説明を受け、その目的、不利益の可能性、解析結果の取り扱いの方法等について十分理解しました。ついでには、担当医の研究・医療行為に協力することを同意します。

説明を受け理解した項目の□にレをつけてください。

- 研究目的・内容・方法
- 研究を行うことの必要性
- 試料提供者にもたらされる利益及び不利益
- 試料・研究データの取り扱い
- プライバシーの保護
- 研究成果の発表
- 費用負担について
- 疑問や不安があるときの対応
- 研究協力の任意性と同意撤回の自由
- 研究から生じる知的財産権の帰属は日本臨床歯周病学会に帰属する。
- 長期間保存し、将来新たに計画、実施される医学研究に使用しても良い。

平成○年○年○日

氏 名                                                                   印

住 所                                                                    
  

氏名（代理人）                                  印

氏名（担当歯科医）                                  印

以 上

## 同意撤回通知書

NPO 法人日本臨床歯周病学会

研究責任者 \_\_\_\_\_ 殿

私は「〇〇〇〇〇〇〇研究」の協力の同意を撤回し、検体・データ使用の即時停止と、  
検体・データの廃棄を速やかに行うことを請求いたします。

平成〇年〇年〇日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名（代理人） \_\_\_\_\_ 印

---

## 同意撤回通知受領書

\_\_\_\_\_ 殿

「〇〇〇〇〇〇〇研究」の協力の同意撤回通知書、確かに拝受しました。あなたの検体・データを  
速やかに責任を持って廃棄させていただきます。

平成 年 月 日

NPO 法人日本臨床歯周病学会

氏名 \_\_\_\_\_