**様式5-2 (博士)**

資料●

**研究協力同意書**

●●●●年●●月●●日

札幌医科大学大学院保健医療学研究科

実施責任者（研究指導教員）　様

＊　研究データ収集協力者（対象者または児童の保護者）に対する研究の趣旨および内容を書面で説明した後に、次のような「同意書」を交換する。

私は次の１－７の事項について了承し、調査・研究について協力いたします。

**被験者の選択基準及び除外基準として、選択基がある場合、基準を満たし、除外基準を満たしていないことを確認のうえ行うこと。**

　　　１　研究の目的及び方法

　　　２　協力の任意性と撤回の自由

　　　３　研究計画等の開示

　　　４　予期される負担、危険性、利益

　　　５　個人情報の保護

　　　６　研究成果の公表

　　　７　研究費、利益相反、及び対象者への経済的負担に関する事項

 （被験者、保護者又は代理人）

**連絡先は緊急時等に連絡が取れるよう昼間と夜間等併記すること。**

 氏　名　 　　　　　　　　　 　㊞

 住　所

 電　話

研究分担者：札幌医科大学大学院保健医療学研究科博士課程後期

　　　　　　●●専攻　●●学分野　●●学領域

 院生名　●　●　●　●

 （連絡先）札幌市中央区南１条西17丁目

　　　　　 　　　 電話：011-611-2111（内線●●●●●）

**研究指導教員の所属については学科・研究科の所属を併記すること**

実施責任者：札幌医科大学保健医療学部学科作業療法学科

札幌医科大学大学院保健医療学研究科

●●専攻　●●学分野　●●学領域

 教授　　●　●　●　●

 （連絡先）札幌市中央区南１条西17丁目

電話：011-611-2111（内線●●●●●)