

様式1-2 (修士)

## 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。

- 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

被験者の選択基準及び除外基準として、選択基準がある場合、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

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

(被験者、保護者又は代理人)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
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前期

●●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●●●●●●)

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●●●●●●)

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