

## 「オーダーメイド医療実現化プロジェクト」ご協力継続のお願い

皆様にご協力いただいております「オーダーメイド医療実現化プロジェクト」は、おかげさまで平成 20 年 4 月 1 日から平成 25 年 3 月 31 日まで、5 年間の期間延長となりました。本研究へのご協力につきましては、既にご同意を頂いていますが、可能な範囲で以下のことにつきましてご協力下さいますよう、お願い申し上げます。

1. 引き続き、年に 1 回、採血 (7m l) にご協力いただき、血清をご提供ください。(DNA はいただきません。)
2. 引き続き、あなたの診療記録 (カルテ) の情報を閲覧・転記させていただくほか、生活習慣や健康に関する質問をさせていただきます。

なお、これまで通りあなたの個人情報保護されます。また、ご協力されない場合でも不利益をこうむることはなく、ご協力の終了や同意の撤回も自由です。

「オーダーメイド医療実現化プロジェクト」プロジェクトリーダー 中村祐輔

### 「オーダーメイド医療実現化プロジェクト」への協力継続の同意文書 (病院控)

施設名 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ (担当責任者) 殿

私は、本プロジェクトへの協力について、以下のように意思を表明します。

1. 引き続き、年に 1 回、採血 (7m l) に協力し、血清を提供します。
2. 引き続き、診療記録 (カルテ) の閲覧と転記を許可し、生活習慣や健康に関する情報を提供します。

同意日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署名 \_\_\_\_\_

( 試料提供者の署名 )

記名 \_\_\_\_\_

( 必要に応じて病院側で記載 )

代諾者の署名または記名・捺印 \_\_\_\_\_

代諾者の場合、試料提供者との関係 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

説明者の職名および記名・捺印 (または署名) \_\_\_\_\_