○○保健所（○○市町村　○○株式会社）

研究（代表）者　　○○　○○　（宛て）

研究協力同意書

研究課題

　私は上記研究の実施に当たり、説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について理解し、この研究に参加・協力することに同意します。

1. 研究課題
2. 研究対象、目的、意義
3. 研究の方法、手順
4. 協力依頼内容
5. 倫理的配慮（個人情報に関して機密が守られること、研究の参加は自由であること

同意の拒否、撤回または中止の方法とその場合でも不利益を被ることはないこと

疑問や質問が生じた場合には、担当者から適切な説明がなされること

研究の成果は公表されるが、個人を特定できるような情報は公開されないこと

倫理委員会の承認を得たこと）

1. 研究結果の報告と研究成果の還元
2. 研究資金限および利益相反
3. 研究組織
4. 発言内容のICレコーダー等への録音の有無：　録音　☐あり　　☐なし

日付：　　　年　　　月　　　日

研究対象者氏名（署名）：

　　　　　　　　 住所：

連絡先（電話）：

説明者　所属：

説明日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

氏名(署名）：

※本同意書に署名した後に、同意説明文書及び同意書の写しをお受け取り下さい。

日本公衆衛生看護学会　研究倫理審査委員会　承認番号：

（承認番号のないものは無効）