

国立国際医療研究センター 理事長 殿

国立国際医療研究センター（NCGM）におけるバイオバンクに関して、担当者より口頭および文書による説明を受け、NCGM バイオバンク用の採血と、質問票情報並びに診療・研究に由来する試料（検査残余試料、手術摘出組織など）と診療情報・予後情報を研究のために当バイオバンクに保管し、*医学研究に利用されることに同意します。（*医学研究とは、遺伝子解析や、民間企業による研究開発を含みます。）また、以下の選択項目について記入いたします。

- 1) 診療後の経過情報^{※1}について、正規の手続きにしたがい他の医療機関や公的機関^{※2}より、必要な情報を入手し、当バイオバンクに保管・研究利用することについて

※1

・ 診療・介護・転出入・生存等に関する情報

※2

・ 保健所、都道府県・市町村保有の情報の閲覧、転記、写しの交付等による

同意します。 同意しません。

- 2) 研究の過程で、ご本人やご家族の健康を守る上で有意義と考えられることが偶然わかったことについて知りたいか否かについて

知らせてください。 知らせないでください^{※3}。

※3 有効な対処方法がある場合は、その時にもう一度、ご希望を確認させていただきます。

【ご署名欄】

記入日： 年 月 日

血液などの提供者本人自署： 氏名 _____（代諾 ・ 代筆）

代諾者あるいは代筆者（必要時記載）： 氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____

【説明担当者署名欄】

説明日： 年 月 日 説明担当者： 氏名 _____

国立国際医療研究センター 理事長 殿

国立国際医療研究センター(NCGM)におけるバイオバンクに関して、担当者より口頭および文書による説明を受け、NCGM バイオバンク用の採血と、質問票情報並びに診療・研究に由来する試料(検査残余試料、手術摘出組織など)と診療情報・予後情報を研究のために当バイオバンクに保管し、*医学研究に利用されることに同意します。(*医学研究とは、遺伝子解析や、民間企業による研究開発を含みます。)また、以下の選択項目について記入いたします。

- 1) 診療後の経過情報^{※1}について、正規の手続きにしたがい他の医療機関や公的機関^{※2}より、必要な情報を入手し、当バイオバンクに保管・研究利用することについて

^{※1}
・診療・介護・転出入・生存等に関する情報

^{※2}
・保健所、都道府県・市町村保有の情報の閲覧、転記、写しの交付等による

同意します。 同意しません。

- 2) 研究の過程で、ご本人やご家族の健康を守る上で有意義と考えられることが偶然わかったことについて知りたいか否かについて

知らせてください。 知らせないでください^{※3}。

^{※3} 有効な対処方法がある場合は、その時にもう一度、ご希望を確認させていただきます。

【ご署名欄】

記入日: 年 月 日

血液などの提供者本人自署: 氏名 _____ (代諾 ・ 代筆)

代諾者あるいは代筆者(必要時記載): 氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____

【説明担当者署名欄】

説明日: 年 月 日 説明担当者: 氏名 _____