

ID 印字欄

検査で採取した試料・情報の提供についての同意書

筑波大学附属病院長 殿

私は検査のために採取した試料・情報をつくばヒト組織バイオバンクセンターに提供することについて、説明文書を受け取り、以下の説明事項について十分な説明を受けました。内容を確認した上で、試料・情報の提供に同意します。

1. つくばヒト組織バイオバンクセンターについて
2. バイオバンクセンターで試料・情報を保存・管理する目的と意義
3. 試料・情報を研究・教育に使用することについて
4. 試料・情報を提供していただくことについて（利益・不利益）
5. 提供していただいた試料・情報の利用について
6. 遺伝子解析研究について
7. 個人情報の保護について
8. 実施計画の開示について
9. 研究・教育で得られた成果について
10. 研究・教育に使用された後の試料・情報の取扱い
11. 問い合わせ先

<下記について該当される場合はチェックをお願いします>

* 受診時、研究用に追加で採血管1本分（2-7ml程度）の採血することについて
同意します

チェック欄

* 研究の過程で私や血縁者の生命に重大な影響があることが発見された時、
研究結果を知らせて下さい

チェック欄

西暦 年 月 日 受診者 氏名（自署）

西暦 年 月 日 説明者 所属 つくば予防医学研究センター

説明者 氏名（自署または記名捺印）

ID印字欄

検査で採取した試料・情報の提供同意撤回書

筑波大学附属病院 殿

私は検査のために採取した血液等の試料とそれらに関連する情報をつくばヒト組織バイオバンクセンターに提供することに同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回いたします。

西暦 年 月 日

氏名（自署）

同意撤回の確認及び試料の廃棄、情報破棄のご連絡先

住所

- * 同意を撤回される場合は、上記の太枠内にご記入下さい。
- * 試料を廃棄、情報を破棄した後にその旨をご記入いただいた連絡先に文書で通知いたします。
- * 記入した同意撤回書は、ご来院の際に担当者にお渡しいただくか、下記住所までご郵送下さい。

〒305-8576

茨城県つくば市天久保2-1-1

筑波大学附属病院つくばヒト組織バイオバンクセンター

（担当者記入欄）

試料の保存について同意撤回を確認し、試料を廃棄、情報を破棄いたしました。

西暦 年 月 日

確認者 所属 つくばヒト組織バイオバンクセンター

確認者 氏名（自署）