

しもつけ・やさしいみらい地域医療プロジェクト協力についての同意書

フクダ電子株式会社 殿

私は、「下野市地域医療クラウドデータ利活用事業実証プロジェクト」について、説明文書を用いて、次の事項の説明を受けました。

(説明を受け、理解した項目の□にご自分でチェックを入れてください。)

- プロジェクト責任者の所属・氏名
 - プロジェクトの目的及び意義
 - プロジェクトの方法
 - プロジェクトの期間
 - プロジェクト対象者として選定された理由
 - プロジェクト対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益
 - プロジェクトへの協力は任意であり、協力の同意をしなくても不利益を受けないこと
 - プロジェクトへの協力に同意した後でも、いつでも不利益を受けることなく同意を撤回できること
 - プロジェクトに関する情報公開の方法
 - 個人情報の保護
 - 情報の保管及び廃棄の方法
 - プロジェクトの資金源、プロジェクト実施機関のプロジェクトに係る利益相反及び個人の収益等、実施者等のプロジェクトに係る利益相反に関する状況
 - 経済的負担又は謝礼
 - 知的財産権の帰属
 - 健康被害に対する補償
 - 相談等問い合わせ先、苦情の窓口
-
- 説明を十分に理解したので、プロジェクト対象者としてプロジェクトに協力することに同意します。
 - 私が本プロジェクトのために提供する個人情報を含む情報は、プロジェクト終了後もフクダ電子株式会社にて長期的に保管され、匿名化された上で将来新たに実施される医療貢献を目的とした研究・開発に使用されることに同意します。

_____年____月____日

本人住所 _____

氏名 _____ (氏名は自署、または記名・押印)

【説明者の署名欄】

私は、上記の対象者様に、このプロジェクトについて十分に説明しました。

説明日： _____年____月____日 所属： _____

氏名： _____ (自署)