

## 同意書(提出用)

浅田レディース勝川クリニック 院長 殿

私は、研究課題名「反復体外受精・胚移植(ART)不成功例、習慣流産例(反復流産を含む)、染色体構造異常例を対象とした着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)の有用性に関する多施設共同研究」について、説明文書を用いて説明を受け、下記の各項目について理解し、自らの意思により研究協力に同意します。

・説明を受け理解した項目(注: □の中に、ご自身で✓印を付けて下さい。)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 臨床研究について           | <input type="checkbox"/> 11. 研究対象者にもたらされる利益および不利益    |
| <input type="checkbox"/> 2. 研究参加の任意性と撤回の自由     | <input type="checkbox"/> 12. 個人情報の保護                 |
| <input type="checkbox"/> 3. この臨床研究の目的、概要について   | <input type="checkbox"/> 13. 研究計画書等の開示・研究に関する情報公開の方法 |
| <input type="checkbox"/> 4. 本研究の研究組織           | <input type="checkbox"/> 14. 研究参加者への結果の開示            |
| <input type="checkbox"/> 5. あなたが研究対象者として選ばれた理由 | <input type="checkbox"/> 15. 研究成果の公表                 |
| <input type="checkbox"/> 6. 本研究に参加して頂く患者さんの人数  | <input type="checkbox"/> 16. 研究から生じる知的財産権の帰属         |
| <input type="checkbox"/> 7. 本研究の流れ             | <input type="checkbox"/> 17. 研究終了後の試料取扱の方針           |
| <input type="checkbox"/> 8. 研究期間について           | <input type="checkbox"/> 18. 費用負担および利益相反に関する事項       |
| <input type="checkbox"/> 9. 胚移植に用いる胚(胚盤胞)について  | <input type="checkbox"/> 19. 問い合わせ先                  |
| <input type="checkbox"/> 10. 研究協力事項について        |  |

### 研究対象者記入欄

同意日 年 月 日

(西暦)

研究対象者 氏名:

<署名、または記名・捺印>

配偶者 氏名:

<署名、または記名・捺印>

(研究者等記入欄)

説明日 年 月 日

(西暦)

説明者:

(研究/実務責任医師・分担医師)

## 同意書(患者様控え)

浅田レディース勝川クリニック 院長 殿

私は、研究課題名「反復体外受精・胚移植(ART)不成功例、習慣流産例(反復流産を含む)、染色体構造異常例を対象とした着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)の有用性に関する多施設共同研究」について、説明文書を用いて説明を受け、下記の各項目について理解し、自らの意思により研究協力に同意します。

・説明を受け理解した項目(注: □の中に、ご自身で✓印を付けて下さい。)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 臨床研究について           | <input type="checkbox"/> 11. 研究対象者にもたらされる利益および不利益    |
| <input type="checkbox"/> 2. 研究参加の任意性と撤回の自由     | <input type="checkbox"/> 12. 個人情報の保護                 |
| <input type="checkbox"/> 3. この臨床研究の目的、概要について   | <input type="checkbox"/> 13. 研究計画書等の開示・研究に関する情報公開の方法 |
| <input type="checkbox"/> 4. 本研究の研究組織           | <input type="checkbox"/> 14. 研究参加者への結果の開示            |
| <input type="checkbox"/> 5. あなたが研究対象者として選ばれた理由 | <input type="checkbox"/> 15. 研究成果の公表                 |
| <input type="checkbox"/> 6. 本研究に参加して頂く患者さんの人数  | <input type="checkbox"/> 16. 研究から生じる知的財産権の帰属         |
| <input type="checkbox"/> 7. 本研究の流れ             | <input type="checkbox"/> 17. 研究終了後の試料取扱の方針           |
| <input type="checkbox"/> 8. 研究期間について           | <input type="checkbox"/> 18. 費用負担および利益相反に関する事項       |
| <input type="checkbox"/> 9. 胚移植に用いる胚(胚盤胞)について  | <input type="checkbox"/> 19. 問い合わせ先                  |
| <input type="checkbox"/> 10. 研究協力事項について        |  |

### 研究対象者記入欄

同意日 年 月 日

(西暦)

研究対象者 氏名:

<署名、または記名・捺印>

配偶者 氏名:

<署名、または記名・捺印>

(研究者等記入欄)

説明日 年 月 日

(西暦)

説明者:

(研究/実務責任医師・分担医師)