

あなた以外にも、あなたのご病状について質問をさせていただいても良い方があれば、丸を付けていただくか、具体的な記載をお願い致します。

父親 母親 配偶者 その他（具体的に_____）

3. 提供する生体試料等が、「難病バイオバンク」等の公的バンクに寄託され、全ゲノム配列解析結果と臨床情報が「難病ゲノムデータベース」等の公的データベースに登録されゲノム配列の研究者間で共有されることに同意します。

はい

いいえ

4. 研究終了後5年間で検体を破棄せず、適切な形で保管することに同意します。（3. で「はい」にされた方は「はい」につけてください）

はい

いいえ

本人署名欄

同意年月日（代筆可） 西暦_____年_____月_____日

（フリガナ:代筆可）

署名（自署:本人の名前） _____

生年月日 西暦_____年_____月_____日 性別 _____男_____女

住所（代筆可） 〒 _____

電話番号（代筆可） _____（_____）

代諾者署名欄（本人が 未成年/ご自身で十分な理解の上での同意が難しい/自筆で署名が難しい 場合）

わたしは、本人氏名が参加する「運動失調症の患者登録・自然歴研究 J-CAT」に関する上記の事項について、説明文書を用いて十分に説明を受け、理解しました。私の自由意思により 本人氏名がこの研究に参加することに同意します。

同意年月日 西暦_____年_____月_____日

代諾者署名（自署） _____（本人との続柄_____）

あなた以外にも、あなたのご病状について質問をさせていただいても良い方があれば、丸を付けていただくか、具体的な記載をお願い致します。

父親 母親 配偶者 その他（具体的に_____）

3. 提供する生体試料等が、「難病バイオバンク」等の公的バンクに寄託され、全ゲノム配列解析結果と臨床情報が「難病ゲノムデータベース」等の公的データベースに登録されゲノム配列の研究者間で共有されることに同意します。

はい

いいえ

4. 研究終了後5年間で検体を破棄せず、適切な形で保管することに同意します。（3. で「はい」にされた方は「はい」につけてください）

はい

いいえ

本人署名欄

同意年月日（代筆可） 西暦 20** 年 ** 月 ** 日

（フリガナ:代筆可）

ヤマダ タロウ

署名（自署:本人の名前）

山田 太郎

生年月日 西暦 **** 年 ** 月 ** 日 性別 男 女

住所（代筆可） 〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1

電話番号（代筆可） 042 (111) 1111

代諾者署名欄（本人が 未成年/ご自身で十分な理解の上での同意が難しい/自筆で署名が難しい 場合）

わたしは、本人氏名 山田 太郎 が参加する「運動失調症の患者登録・自然歴研究 J-CAT」に関する上記の事項について、説明文書を用いて十分に説明を受け、理解しました。私の自由意思により 本人氏名 山田 太郎 がこの研究に参加することに同意します。

同意年月日 西暦 20** 年 ** 月 ** 日

代諾者署名（自署） 山田 花子 （本人との続柄 妻）