

血清・髄液中バイオマーカー測定に関する同意書

検体の種類（○で囲む）：血液，髄液，その他（ ）

1) 私は「小児神経疾患における血清・髄液中バイオマーカーの検討」のために、下記について、担当医師から説明を受け（説明を受けた項目をチェックして下さい）、その趣旨を理解しましたので、検査を受けることに同意いたします。

- 検査の目的・内容
- 個人情報（プライバシー）の保護
- 検査結果の公表
- 検査の費用
- 研究協力の任意性と撤回の自由

被験者名 _____

保護者署名 _____（被験者との関係 _____）

承諾日 _____年 _____月 _____日

被験者住所 _____

保護者住所（被験者と異なる場合のみ） _____

2) 説明を行った医師の署名

医師署名 _____

説明日 _____年 _____月 _____日

病院名 _____ 科

住 所 〒 _____

電 話 _____ E-mail _____ @ _____

研究責任者

〒377-8577 群馬県渋川市北橘町下箱田 779 番地 群馬県立小児医療センター

神経内科 椎原 隆

TEL：0279-52-3551 FAX：0279-52-2045 E-mail:shiihara@gcmc.pref.gunma.jp