**青字は、研究内容に合わせて、適宜修正してください。**

**ＪＣＨＯ群馬中央病院で診療を受けられる皆さまへ**

yyyy年mm月dd日

当院の診療で得られた試料・情報を利用して下記の研究を実施いたします。

本研究の対象者に該当する可能性のある方で、情報を研究目的に利用されることを希望されない方は、下記の問合せ先にご連絡下さい。患者さまの情報を利用または他機関へ提供しないようにいたします。ただし、お申し出いただいた時にすでに研究結果が論文などで公表されていた場合には、完全に廃棄できないことがあります。

また、情報の利用を希望されない場合でも、今後の治療などに影響することはありません。この研究に関してご質問等ございましたら下記連絡先までご連絡ください。

この調査研究はJCHO群馬中央病院倫理審査委員会で審査され、病院長の承認を受けて行われます。

|  |  |
| --- | --- |
| ①研究計画名 | XXXXに対するXXXX治療に関するランダム化比較試験 |
| ②研究責任者 | 氏名 | 研究責任者氏名 | 所属 | 所属 |
| ③研究の目的・意義 | 研究の目的・意義をわかり易く記載してください |
| ④研究期間 | yyyy年mm月dd日（倫理審査承認後）～yyyy年mm月dd日 |
| ⑤対象となる患者さま | yyyy年mm月dd日～yyyy年mm月dd日の期間に○○○した患者さま |
| ⑥利用する試料・情報 | 電子カルテより以下の情報を利用（提供）します。【生年月、性別…】　　　※研究対象者にわかり易いように記載診療で得た以下の試料を利用します。【 】 |
| ⑦利用する者の範囲 | 上記の試料・情報は、群馬中央病院にて研究責任者と研究分担者が利用し、その他の機関への提供はする事はありません。※他の機関に提供する場合はその機関名、責任者の名前を記載 |
| ⑧情報の管理 | 使用する情報は、個人が特定されないよう匿名化を行い、個人情報の匿名化、情報の保管に関しては研究責任者が責任を持って厳重に管理いたします。　また、研究の成果は学会や科学専門誌などの発表に使用される場合がありますが、その際にも個人を特定することのできる情報が公表されることはありません。 |
| ⑨研究対象者、又はその代理人の方からの相談等への対応窓口 | 対応者氏名 | 対応者氏名 | 所属 | 所属 |
| ＴＥＬ | 027-221-8165（代表） |