**「●●（研究課題名）」 へご協力のお願い**

**【目的】**

**【研究の対象】**

**【研究の目的・方法】**

**【研究期間】**

　倫理審査委員会承認日より○○年○○月○○日迄

**【外部への試料・情報の提供について】**

**【個人情報の取扱いについて】**

　（記入例）本研究は「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に従って実施します。個人情報の漏洩を防ぐため、臨床研究に関する氏名等の個人情報は削除し、第三者が個人情報を閲覧できないようにしております。

　また、本研究の実施過程、および結果の公表（学会発表、論文発表）の際には、患者さんを特定できる情報は一切含まれないように配慮しています。

**【医学上の貢献】**

**【問い合わせ窓口】**

　本研究に関するご質問がありましたら下記の連絡先までお問い合わせ下さい。

情報等が当該研究に用いられることにご了承頂けない場合には研究対象としませんので、下記連絡先までお申し出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。

**研究責任者**

国立病院機構　別府医療センター　○○○○科

氏名

連絡先：〒874-0011　別府市大字内かまど1473番地

電話：0977-67-1111　FAX：0977-67-5766