**同意書**

**[ 研究代表者　]** 殿

**[ 試料・情報提供元機関　研究責任者　]** 殿

研究課題名：**［　疾患名を記入　］患者さんからのiPS細胞の作成とiPS細胞を使用した創薬・疾患研究**

**私は、この事業に関して、担当医師から説明文書の記載に基づき、内容の説明を受け、質問に対しても十分な回答を得て、理解しました。その結果、私の自由意思により、この事業に参加することに同意します。**

＊以下の①について意思を表明して頂いた後に、あなたの情報をご記入ください。

**【① 外国への提供に関して】**

■「あなたの血液等から作成したiPS細胞」またはそれを加工した製品（研究用具）や、付随する臨床情報等を国内だけでなく、外国の提供先にも提供してもよいですか？

**外国に提供してよい　・　国内のみに提供する**

氏名： 電話番号：

住所： 　　　　　　　　　　　　　　　　 メールアドレス：

同意日： 　　　年 　　月 　　日

※代筆者氏名：

※代諾の場合　代諾者氏名： 本人との関係：

住所：

電話番号：　　　　　　　メールアドレス：

説明者： 　　　　　　　　　　　　　　　職位：　　　　　　　　　　　説明日：　 　　年 　　月　　 日

**意思変更申出書**

**[ 研究代表者　]** 殿

**[ 試料・情報提供元機関　研究責任者　]** 殿

研究課題名：**［　疾患名を記入　］患者さんからのiPS細胞の作成とiPS細胞を使用した創薬・疾患研究**

私は、この事業に関して、同意した内容を変更します。

（\*変更したい事項の番号の前に〇を記入し、変更する点について□のいずれかにチェックを入れてください）

（　　　）①　本事業への参加を取りやめたいので、試料・情報の利用を停止し、廃棄してください。ただし、既に研究や開発に使用されている試料・情報の利用を停止できないことは理解しています。

（　　　）②　外国への提供について

●「あなたの血液等からつくられたiPS細胞」や付随情報を利用する国について

□ 「国内のみに提供する」から「外国に提供してよい」に変更します。

□ 「外国に提供してよい」と回答しましたが、「国内のみに提供する」に変更します。ただし、既に

提供されているiPS細胞の利用停止・回収等はできないことは理解しています。

氏名： 電話番号：

住所： 　　　　　　　　　　　　　　　　 メールアドレス：

同意日： 　　　年 　　月 　　日

※代筆者氏名：

※代諾の場合　代諾者氏名： 本人との関係：

住所：

電話番号：　　　　　　　メールアドレス：

受領者（署名）：