COMIRB#:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

研究題目：

# COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

# 研究を目的とする書面によるインフォームド・コンセント略式フォーム（英語を読まない方向け）

あなたは研究調査への協力依頼を受けています。研究への参加は任意です。参加・不参加を決める前に、まずは研究者から十分な情報提供を受けてください。研究者には、研究への参加協力についてあなたの理解を深め、意思決定を助けるための説明義務があります。説明の内容には、研究の意義・目的、研究参加の概要、研究の実験的な領域 (該当する場合）、研究に参加する期間、リスクや想定される不快感、研究に参加する利点、その他の代替手順や治療などが含まれます。

不明点があれば質問をしてください。

さらには、支払いの要否や、研究に関する新情報の通知を受ける方法（特に、新情報が研究への参加継続の意思に影響を及ぼす場合）、研究への参加を取り止める方法、医師による参加の中止判断、参加取り止め後のプロセス、研究参加者数、研究の過程で苦痛を受けた場合に受けられる医療手当やその費用負担の要否、あなたの健康情報が将来どのようにその他研究者によって使用・共有されるか、個人を特定する情報がどのように保護されるかなど、研究者が詳しく説明します。

本研究に関して質問がある場合や、研究の過程で苦痛を受けたと感じる場合は、以下まで連絡してください。

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

研究参加者としての権利について質問がある場合は、コロラド複合治験審査委員会(COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD)まで電話（303-724-1055）か、Eメール(COMIRB@ucdenver.edu) で連絡してください。

研究への不参加を決めていただいても、途中で参加を取り止めていただいても構いません。その判断によってあなたの権利・権限が失われることはありません。

研究への参加に同意する場合、必ずあなたが理解できる言語によって書かれた略式フォーム（署名・日付記入済み）の写し、英語で書かれた研究概要（同意書）を受け取ってください。

このフォームに署名することは、英語の概要（同意）文書に示された全ての内容があなたの理解する言語によって口頭で説明されたこと、その内容について議論し、疑問点が解決されたこと、そして、あなたの意思で研究への参加に同意することを意味します。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 日付：\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

参加者（もしくはIRBによって認められた正式な代理人）の署名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 日付：\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

口頭説明時の立会人（通訳者も可）の署名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 日付：\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

通訳者の署名

*参加者： 略式フォームのみ署名してください*

*立会人： 略式フォームおよび英語の研究概要（同意書）に署名してください*

*通訳者： 略式フォームのみ署名してください*

*同意取得の担当者 英語の研究概要（同意書）のみ署名してください*