COMIRB#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Study Title:

# 콜로라도 복수 임상 심의 위원회

**COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**

# 영어를 사용하지 않는 개인을 위한 연구 참여 대상자 동의서(짧은 서식)

귀하께서 연구에 참여해 주실 것을 요청합니다. 연구 참여는 자발적입니다. 귀하가 결정하기 전에 연구자는 귀하가 왜 이 연구에 참여하기를 원하는지 혹은 참여하고 싶지 않을 수 있는지에 대한 이해를 돕기 위한 정보를 제공해야 합니다. 여기에는 연구가 진행되는 이유, 연구에 참여하는 개인이 알아두어야 할 사항, 연구의 실험적인 부분(해당되는 경우), 연구 참여 기간, 연구 참여자에게 발생할 수 있는 위험 및 불편한 점, 혜택, 제공되는 대체 절차 또는 치료에 대한 설명이 포함됩니다.

이해가 되지 않는 사항은 언제든지 질문하십시오.

연구자는 또한 연구 참가자가 지불해야 할 것이 있는지 여부, 연구에 관한 새로운 정보에 관해 알려 드리는 방식(특히 이것이 참가자가 연구에 계속 참가할 것인지에 관한 결정에 영향을 줄 수 있는 경우), 참가자가 연구 참여를 중단할 수 있는 방식, 의사가 참가자를 연구에서 배제할 수 있는 방식, 참가자가 연구를 중단할 경우 알아두어야 할 사항, 연구 참가자 수, 연구로 인해 다쳤을 때 치료를 받을 수 있는 방식 및 해당 치료비 본인 지급 여부, 향후 참가자의 정보를 사용하거나 다른 연구원과 공유할 수 있는 방식, 그리고 참가자를 식별하는 정보가 기밀로 유지되는 방식에 관해서도 설명해 드릴 것입니다.

연구에 관해 질문이 있으시거나 연구로 인해 다쳤다고 느끼실 경우, 아래의 연락처로 문의하십시오.

이름: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

연구 참가자의 권리에 관한 질문이 있을 경우, 콜로라도 복수 임상 심의 위원회 에 303-724-1055번으로 전화를 하거나 COMIRB@ucdenver.edu로 이메일을 보내십시오.

귀하는 참여를 거부하거나 언제든지 중단할 수 있으며 자격이 되는 혜택을 상실하지 않습니다.

연구 참여에 동의하는 경우 귀하가 이해할 수 있는 언어로 작성되고 서명을 하고 날짜가 명시된 짧은 서식의 사본과 연구의 영문 요약서(대상자 동의서) 사본을 귀하에게 제공해야 합니다.

이 서식에 서명하는 것은 영어 요약서(대상자 동의서) 서식의 모든 정보가 귀하가 이해하는 언어로 귀하에게 구두로 설명되었으며 귀하는 이 정보에 대해 논의하고 귀하의 질문에 대한 답변을 들었으며 귀하는 자발적으로 연구 참여에 동의한다는 것을 의미합니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 날짜: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

참가자 서명(또는 IRB의 승인을 받은 경우, 법적으로 위임 받은 대리인)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 날짜: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

구두 설명에 대한 증인 서명(또한 통역사일 수 있음)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 날짜: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

통역사 서명

*참가자: 본 짧은 서식에만 서명*

*증인: 본 짧은 서식 및 영문 요약서(대상자 동의서)에 서명*

*통역사: 본 짧은 서식에만 서명*

*대상자 동의서를 받는 개인: 영문 요약서(대상자 동의서)에만 서명*