

# 同意書

東京大学医学部附属病院長 殿

研究課題「医療従事者における新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）ワクチン接種前後の抗体価の解析」（審査番号2020353NI）

私は、上記研究への参加にあたり、下記の説明文書の記載事項について説明を受け、これを十分理解しましたので本研究の研究対象者となることに同意いたします。

- 1 この研究の概要
- 2 研究参加の任意性と撤回の自由
- 3 個人情報の保護
- 4 研究結果の公表
- 5 研究実施に伴う研究の対象でない重要な知見が得られる場合に関する取扱い
- 6 研究対象者にもたらされる利益及び不利益
- 7 研究終了後の試料・情報等の取扱方針
- 8 あなたの費用負担
- 9 研究から生じる知的財産権の帰属
- 10 その他

また、私に関わる試料・情報等は、将来、新たに計画・実施される研究のために、長期間の保存と研究への使用に同意いたします。

はい

いいえ

西暦 年 月 日

氏名（研究参加者本人）（自署） \_\_\_\_\_