

同意書

研究代表者： 東京大学 大学院工学系研究科・准教授・矢谷浩司 殿

研究課題名： モバイル端末による口腔機能の評価・訓練の実現に向けた口腔機能の調査

私は、上記研究課題に関する説明書を受領し、以下の事項について文書による説明を受けました。理解した項目については「はい」の□に、理解しなかった項目については「いいえ」の□にレ印を自分で入れて示しました。

	はい	いいえ
研究の目的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実験の方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
研究を実施する研究者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
研究のための費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
対象とする研究参加者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実験への参加が任意であること		
〔 実験への参加は任意であり、参加しないことで不利益な対応を受けないこと。 〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
〔 また、いつでも同意を撤回でき、撤回しても何ら不利益を受けないこと。 〕		
この実験への参加に伴う危害の可能性について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
傷害保険等への加入について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実験への参加に伴う謝金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
研究成果の公表について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
個人情報の取り扱いについて	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
知的財産権の帰属	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問い合わせ先、苦情等の連絡先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

これらの事項について確認したうえで、研究参加者として実験に参加することに同意します。

令和____年____月____日

研究参加者署名、または、記名・押印 _____ 印

本研究に関する説明を行い、自由意志による同意が得られたことを確認します。

説明担当者（所属・職名・氏名） _____ 矢谷 浩司 _____ 印
（署名、または、記名・押印）