別記様式第２号

被　験　者　同　意　書

熊本県立大学長　様

研究課題：

研究責任者　　　　　　所属

　　　　職　　　　　　氏名

　共同研究者　　　　　 所属

 　　　　職　　　　　 氏名

私は、熊本県立大学における上記の研究について、十分な説明を受け、納得しましたので、（　ヒトゲノム・遺伝子解析研究　　疫学研究　　その他の研究　）に係る被験者になることを同意します。

令和　　年　　月　　日

氏　　　　名　　　　　　　　　　　　印

（保護者氏名　　　　　　　　　　　　印）

被験者への説明者　　　　　所属

　　　　　　　　職　　　　　氏名

※１　（　）内の該当する研究を　　　で囲むこと。

※２　保護者欄は、被験者が２０歳未満である場合に記入すること。