平成○○年○○月○○日

○○○○○施設

施設長　○○　○○　様

～～に関する研究（調査）へのご協力のお願い

【挨拶の言葉】

私は、現在【所属機関】に【勤務 / 在学】し、【修士論文 / 博士論文 / 卒業研究】のテーマとして【研究分野・研究の概要】について研究しております。

（※研究に至った経緯、及び研究の意義等を簡潔に記す）

この度、「【研究課題名】」を計画しております。つきましては、下記の内容をお読みいただき、研究の趣旨をご理解いただき、【データのご提供 / 研究対象者の募集 / その他（協力依頼内容）】についてご協力を賜りますようお願い申し上げます。

研究にご協力いただける場合は、別紙の同意書にご署名をお願いいたします。

施設側に何を協力していただきたいのか、わかりやすく具体的に示すこと。箇条書きにすると分かりやすい。

記

1. 研究課題名

【研究課題名】

1. 研究の目的・意義
2. 研究（調査）の方法、手順

【研究（調査）に要する期間、研究（調査）回数】

【どのような方法を用いるのか】

【どのような手順で行うのか】

1. 研究対象

※対象が当該機関に所属する人である場合

【年齢、性別等、研究対象者の属性】である方　【募集人数】名

※ただし、【疾患等の除外要件】である方を除く。

【研究対象の属性の選定理由】

試料・情報には文書および電子データ、画像データを含む。

※対象が当該機関の保有する試料・情報である場合

　　【対象となる試料・情報の種類等】

1. ご協力いただきたいこと

※対象が当該機関に所属する人である場合

　　・研究対象となる方の本研究への参加は自由意思に基づくものであり、研究への参加、不参加に関わらず貴機関において不利益を被らないようご配慮いただくこと。

・【貴施設 / HP等】において本研究についての【ポスター / チラシ / 説明文書等】を用いてご案内いただくこと。

　・【その他協力依頼事項の詳細】

※対象が当該機関の保有する試料・情報である場合（下記のどれかの手続について記載）

・当該試料・情報の提供元の機関による当該試料・情報の取得の経緯を確認させていただくこと。

　・ご提供いただく試料・情報が匿名化されていることをご確認いただくこと。

　・ご提供いただく試料・情報が匿名化されていない場合、対象となる方からインフォームド・コンセントを得ていること、得た同意の内容を確認させていただくこと。

　・ご提供いただく試料・情報の対象となる方からインフォームド・コンセントを得ることが困難な場合、試料・情報の取り扱いを含む当該研究の実施についての情報を公開し、研究が実施されることについて対象となる方が同意を撤回できる機会を保障いただくこと。

　・当該試料・情報のご提供に関する別紙の記録をご作成いただき、ご提供いただいた日から3年間保管していただくこと。

1. 倫理的配慮について

【個人情報の保護（研究目的以外では使用しない / 得られたデータの処理・保管の方法とデータの破棄等）】

・研究で得られたデータにより個人・機関名が特定されることはありません。

・本研究（調査）により得られた個人情報は本研究の目的以外では使用いたしません。

・本研究（調査）により得られたデータは【処理方法】の方法で【保管場所（部屋番号等の詳細は記載しないこと）】において保管し、【データ保存期間】経過後に【データの破棄方法】によって破棄いたします。

【研究の資金源、利益相反に関する事項】

・本研究は、【研究費の種類】の助成を受けて実施しております。

または、研究計画書「Ⅸ．利益相反に関する状況」に該当する事項を記載すること。

・開示する利益相反はありません。

【研究倫理審査を受け、承認を得ていること】

・この研究は、平成○年度首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会において審査を受け、承認されております（承認番号：○○○○○）。

1. 研究成果の公表、情報開示、研究成果の還元

本研究は、【修士論文 / 博士論文 / 卒業研究】として公表予定です。また、【学会名・雑誌名等】において公表する予定です。

公表の際にも、上記同様に個人情報の保護について十分に配慮し、個人や機関名が特定されることはありません。

研究内容や結果については、【問い合わせ方法】によってお問い合わせください。

研究協力機関と共同して研究を実施する場合この項目は修正すること。

1. 知的財産権について

　研究の結果として特許権などの知的財産権、ひいてはそれに基づく経済的利益が生じる可能性がありますが、この知的財産権の帰属は研究者または首都大学東京、あるいは他の共同研究者と協議の上決定され、データ提供者に帰属しません。

1. お問い合わせ先・研究の実施体制

※本研究について疑問や質問が生じた場合には、下記までお問い合わせください。

研究代表者：○○　○○

所属：首都大学東京【人間健康科学研究科 / 健康福祉学部】【学域 / 学科】【学年 / 職位】

所在地：〒116-8551 東京都荒川区東尾久7-2-10　首都大学東京荒川キャンパス

【または勤務先の住所】

※他機関に勤務する場合も学生は必ず本学の所属を記載すること。

※本学学生が研究協力依頼先の機関にも在籍している場合、本学の大学院生として研究協力を依頼する立場であることを念頭に文書を作成すること。

※個人の住所は明記しない。大学の代表番号のみの記載は不可。

連絡先：【所属先あるいは研究専用の電話番号を明記】

　　　　　【メールアドレス】

【指導教員 / 共同研究者の氏名、所属、職位、連絡先等】