**연구 조사 참여 동의**

참가자 이름: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IRB 연구 번호:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

의료 기록/참가자 ID 번호: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

귀하 또는 귀하의 자녀는 연구 조사에 참여하도록 요청받았습니다. 연구 조사는 과학자(의사, 간호사 및 기타 전문가)가 어떻게 일이 진행되는지 이해하고 새로운 지식을 얻으려고 시도하는 방식입니다. 연구 조사는 신체가 어떻게 작용하는지, 질병을 일으키는 원인이 무엇인지, 질병을 치료하는 방법, 또는 사람들이 특정 항목에 대해 무엇을 생각하고 느끼는지에 관한 것입니다.

귀하 또는 귀하의 자녀가 이 연구 조사에 참여할지 여부를 결정하기 전에 연구 책임자는 귀하에게 다음 사항을 알려줘야 합니다: (i) 조사 연구에 참여하거나 참여하지 않아야 하는 이유를 이해하는 데 도움이 되는 주요 정보, (ii) 연구 목적, 앞으로 진행할 일들(절차라고 부름) 및 연구가 지속되는 기간; (iii) 실험 절차(시험 단계); (iv) 연구의 잠재적 위험, 불편 및 혜택, (v) 기타 잠재적으로 도움이 되는 절차 또는 치료; (vi) 귀하의 개인정보를 보호할 방법; (vii) 식별 가능한 개인 정보 또는 식별 가능한 표본을 향후 연구를 위해 보관하거나 다른 연구에 대한 동의없이 다른 연구원과 공유할 경우.

해당되는 경우, 연구 책임자는 귀하에게 다음에 대해서도 알려줘야 합니다: (i) 부상이나 상해가 발생할 경우 이용 가능한 지불 또는 치료 방법; (ii) 알려지지 않은 위험의 가능성; (iii) 연구 책임자가 귀하의 참여를 중단할 수 있는 상황; (iv) 귀하에 대한 추가 비용; (v) 귀하가 참여를 중단하기로 결정한 경우 발생하는 일; (vi) 귀하의 참여 의사에 영향을 미칠 수 있는 새로운 결과에 대해 통보받은 경우; (vii) 연구에 참여하는 사람 수; (viii) 귀하의 바이오 표본이 상업적 이익을 위해 사용될 수 있고 귀하가 그러한 상업적 이익을 공유할지 여부; (ix) 연구가 전체 게놈 시퀀스를 포함하는 경우.

귀하가 참여하기로 동의하는 경우, 이 문서의 서명된 사본과 영어로 작성된 이 연구에 대한 승인된 동의서 사본을 제공해야 합니다.

연구에 대해 또는 부상당했을 때의 조치에 대해 질문이 있으면 언제든지 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 번으로 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 에게 문의하십시오. 연구 참가자로서의 귀하의 권리에 관해 질문이 있으면 (508) 856-4261번으로 기관 검토 위원회에 문의하거나, irb@umassmed.edu에 이메일을 보내거나, 다음 주소로 우편물을 보낼 수 있습니다: UMMS Institutional Review Board (IRB)   
 362 Plantation Street, Ambulatory Care Center, 7th Floor

Worcester, MA 01605

귀하의 이 연구 참여는 자발적이며, 귀하가 참여를 거부하거나 중단 결정을 하더라도 벌칙을 적용하거나 혜택을 잃지 않습니다.

이 문서에 서명하면 위의 정보를 포함하여 본 연구 조사에 대해 구두로 설명을 들었으며 자발적으로 참여하는 것으로 간주됩니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
참가자 서명 날짜

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

법적 대리인의 서명 날짜

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

증인의 정자체 이름/서명 날짜