**○○○○年○月から○○○○年○月までに**

**●●●●された方へ**

当センターでは下記の臨床研究を実施しています。この研究の詳細についてお知りになりたい方は、問い合わせ担当者まで直接お問い合わせください。

なお、この研究の研究対象者に該当すると思われる方の中で、ご自身の情報等をこの研究に使ってほしくないと思われた場合にも、問い合わせ担当者までその旨をご連絡下さい。

●研究の名称

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●研究の対象

○年○月～○年○月に●●●●した方

●研究の期間

＿＿＿＿＿年＿＿月から＿＿＿＿年＿＿月まで

●研究の目的

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●研究の方法

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●研究に使用する試料・情報

（例）研究対象者背景（性別、年齢、等）、臨床検査（（例）血液学的検査、生化学検査、等）、有害事象、転帰

●研究組織

※研究を実施する全ての共同研究機関（企業も含む）の名称及び研究責任者名を記載してください。

●資料の入手または閲覧、開示

（例）この臨床研究の計画や方法については、あなたのご希望に応じてあなた自身の資料の要求または閲覧ができます。あなたがご自分の研究結果を知りたいと希望される場合は、研究担当者にその旨をお伝えいただければ、他の研究対象者に不利益が及ばない範囲内で、あなた自身にあなたの結果をお伝えします。希望された資料が他の研究対象者の個人情報を含む場合には、資料の提供または閲覧はできません。

●お問い合わせ先

〒173-0015　東京都板橋区栄町35番2号

東京都健康長寿医療センター

連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（●●：●●〜●●：●●）