# 연구 조사 참여에 대한 동의

|  |  |
| --- | --- |
| 연구 제목 | [연구 제목] |
| 책임 시험자 | [책임 시험자 성명] |
| 의뢰자명 | [의뢰자 정식명칭] |
| IRB 승인 기간 | [IRB 승인 기간 월월/일일/년년년년 - 월월/일일/년년년년] |
| 연구 번호 | [Study#] |

귀하는 연구 조사에 참여해 주실 것을 요청 받으셨습니다. 귀하는 상기 연구 조사에 대해 귀하의 모국어인 한국어로 설명을 들으셨습니다.

귀하께 다음에 관한 정보도 설명드렸습니다:

* 연구를 수행하는 이유와 연구 기간 동안 귀하가 하셔야 할 일
* 연구 조사에 해당되는 부분 및 귀하의 연구 참여 기간
* 귀하나 다른 피험자들에게 미칠 수 있는 연구 참여로 인한 일체의 위험, 혜택 또는 불편함
* 귀하가 연구에 참여하지 않는 경우, 귀하가 받을 수 있는 다른 치료
* 귀하의 연구 기록을 열람할 수 있는 관계자들
* 귀하의 연구 기록에 대한 기밀 유지 방법

귀하가 연구 참여로 인해 상해를 입는 경우, NYU Langone Health으로부터 귀하에게 필요한 의학적 치료와 관리를 받게 될 것입니다. 그러나 그러한 치료비에 대해 귀하가 직접 또는 의료보험을 통해 및/또는 다른 형태의 의료 보장을 통해 지급해야 합니다. 귀하께 어떠한 금전도 지급되지 않을 것입니다.

연구, 부작용 또는 연구로 인한 부상에 관한 질문이 있으신 경우, [담당자명 또는 부서명]에(게) [전화번호]번으로 전화하실 수 있습니다.

응급 치료가 필요한 경우, 911로 전화하시거나 응급실로 가실 수 있습니다.

연구 피험자로서 귀하의 권리에 관한 질문이 있으신 경우, 212-263-4110번의 임상시험 심사위원회(IRB) 사무실로 전화하실 수 있습니다. IRB는 이 의료기관의 연구를 감독하는 위원회입니다.

귀하께 서명하신 이 동의서의 사본을 드릴 것입니다. 또한 본 연구에 관한 요약서도 받게 되실 것입니다.

본 연구에 참여하시는 것은 자발적인 것입니다. 귀하는 언제든 연구 참여에 관한 결정을 번복하실 수 있으며, 이러한 번복은 귀하가 앞으로 본 의료기관에서 진료 받는 데 어떠한 영향도 미치지 않을 것입니다.

이 동의서에 서명하시는 경우, 상기 정보를 비롯하여 귀하께 연구에 관해 구두로 설명드렸으며 귀하가 자발적으로 연구 참여에 동의함을 의미합니다.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **피험자** | **(정자체로 이름 기재)** | **날짜** |  |
| 서명 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **입회인/통역사** | **(정자체로 이름 기재)** | **날짜** |  |
| 서명 |  | | |