

로올라 대학교 의료 센터  
일리노이주 메이우드  
약학부

연구 참가 동의  
영어를 구사하지 못하는 대상자를 위한 간이 서면 동의서

참가자 이름: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호: \_\_\_\_\_

**프로토콜: IRB#:** \_\_\_\_\_

조사 연구에 참가해 주실 것을 요청드리는 바입니다.

귀하가 동의하기 전에 귀하의 담당 의사는 본 연구의 목적, 절차, 기간, 실험적인 절차, 잠재적인 위험요소, 불편함, 이점, 기타 유형의 시술 또는 처치로 인한 잠재적인 이점 및 정보의 기밀 유지 방법에 대해 반드시 알려야 합니다.

가능한 경우 조사자는 귀하에게 상해가 발생할 경우 가능한 보상 또는 의료 처치, 위험 발생 가능성, 조사자가 귀하의 참가를 중단시킬 수 있는 상황, 귀하에게 부과되는 부가 비용, 참가 중단을 결정할 경우 발생할 수 있는 상황, 귀하의 참가 의사에 영향을 줄 수 있는 새로운 결과에 대해 알게 되는 시기 및 연구 참여 인원에게 알려줘야 합니다.

참가에 동의할 경우 본 동의서에 서명한 사본과 영어로 기재된 연구 서면 요약서를 제공 받아야 합니다.

본 연구에 대해 궁금하신 점은 언제라도 \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_)에 문의하실 수 있습니다.

연구 대상으로서의 귀하의 권리와 상해를 입은 경우 해야 할 조치 등에 대한 궁금한 점이

있으신 경우 \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_)에 문의하십시오.

귀하는 본 연구에 자원 참가하였으며 연구 참가를 거절하거나 중단할 경우 불리한 처우를 받거나 이점을 상실하지 않습니다.

본 동의서에 서명하는 것은 귀하가 조사 연구 및 위의 정보에 대해 구두로 설명을 받았으며 자발적으로 참가하기로 동의하였음을 의미합니다.

\_\_\_\_\_  
참가자 서명, 날짜

\_\_\_\_\_  
증인 서명, 날짜