**研究参加のお願い**

**－研究に参加いただける方を募集します－**

**〇研究課題：「　　　　　　　　　　　　　」**

**〇研究期間：研究実施許可日～　　年　　月　　日**

**〇対　　象：**

**〇募集期間：　年　月　日～　年　月　日**

**〇実施場所：**

**〇実施方法：**

**〇所要時間：**

**具体的な場所、日時等については、下記電子メールアドレスにて、ご相談いただけます。**

**・ご協力内容は〇〇〇であり、個人への身体的危険性はありません。**

**・すべての試料とデータを匿名化することで参加者の情報等は、誰のものであるかわからない状態で管理されます。また、この研究の成果を発表する場合にも、参加者が容易に特定できる情報を使用することはありません。**

**・本研究は、岐阜大学大学院医学系研究科医学研究等倫理審査委員会にて審査、承認され研究機関の長の研究実施許可を得て行っております。**

**詳細をお知りになりたい方、ご協力いただける方は**

**下記メールアドレスまたは電話番号までお気軽にお問合せください。**

**問い合わせ先**

**研究責任者：　　　　岐阜大学〇〇〇　■■■**

**電話：058-　　-**

**E-mail:**