**兒童版受試者同意書**

* 紅色字體部份務必填寫，藍色字體部份可視研究內容自行增刪。
* 本受試者同意書字型建議使用「王漢宗中楷體注音」。
* 本受試者同意書須經本院人體試驗委員會審核通過，且應由計畫主持人、協/共同主持人或研究人員親自向受訪者說明詳細內容，並請受訪者慎重考慮後簽名。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受試者姓名** |  | **受試者編號** |  |
| **計畫編號** | 若無，請填無 | **IRB編號** |  |
| **計畫名稱** |  |
| **計畫主持人** |  | **機構名稱** |  |
| **部門/職稱** |  |
| **協同或共同主持人** | 若有兩人以上，請自行增加欄位 | **機構名稱** |  |
| **部門/職稱** |  |
| **二十四小時緊急聯絡人** | 收案地點人員 | **機構名稱** |  |
| **部門/職稱** |  |
| **電話/分機** |  |
| **手機** | 請務必填寫 |

**我們想邀請你參加我們的一項研究，這份同意書內容會告訴你我們要做甚麼，醫生叔叔或醫師阿姨會為你詳細說明並回答你的問題。**

1. 你為甚麼要參加這項研究：
2. 甚麼人適合參加：
3. 如果你願意參加，我們會對你做的事以及你要做的事：
4. 在研究中，你的身體發生不舒服的可能性與要怎麼解決的方法：
5. 一定要讓你知道的事：
	1. 你不一定要參加這個研究活動，如果你加入後突然不想參加研究，隨時可以退出，沒有任何人會對你生氣或是強迫你。
	2. 你的身分資料會視為機密來處理，不會公開。如果發表試驗結果，你的身分還是會繼續保密。
	3. 研究結束後，剩下的檢體將保存於\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_冰箱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年，你有權利可以隨時要求銷毀檢體。
	4. 參加研究的這段期間由\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**醫師叔叔或醫師阿姨**照顧你，**醫師叔叔或醫師阿姨**會回答你的任何問題，當你在任何時候遇到問題時，可以撥打\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_與\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**醫師叔叔或醫師阿姨**聯絡（24小時連絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）
6. 解釋人：

□主持人　□協同或共同主持人　□研究人員

**解釋同意書人簽名：**

**簽名日期：　　　年　　　月　　　日**

如果你願意參加，請你在下面欄位簽名。

**受試者簽名：**

**簽名日期：　　　年　　　月　　　日**

本同意書一式二份，雙方完成簽署後，

各拿一份留存。