

캘리포니아 대학 리서치에 잠정적 피험자의 참여에 대한 대리 결정자의 자기 증명서

제1부:

나는

_____에 의해 진행되는

(조사부서장)

_____연구에 참여하는

(연구 프로젝트 제목 및 IRB #)

_____의 대리 결정자가 되기 원합니다.

(잠정 피험자)

제2부:

<p>잠정 대리자의 목록</p>	<p>잠정 피험자와 본인의 관계를 가장 잘 묘사해주는 번호에 체크하십시오.</p>	<p><u>자신에게 해당하는 번호에 체크한 후 본인의 이름을 옆에 쓰고, 해당 번호 위의 모든 번호에 해당하는 기타 친척의 이름을 제공하십시오.</u> (가령, 본인이 잠정 피험자의 성인 아들 혹은 딸이면, 1-4까지의 목록에 가장 잘 해당하는 성인들의 이름을 쓴다.)</p>
-------------------	---	--

<p>1. 잠정 피험자의 모든 건강 관리에 필요한 사항을 결정하는 사람</p>	
<p>2. 잠정 피험자에 대한 건강 관리 결정을 내리기 위한 권한이 있는, 잠정 피험자의 관리자나 보호자</p>	
<p>3. 잠정 피험자의 배우자</p>	
<p>4. 잠정 피험자의 동거자</p>	
<p>5. 잠정 피험자의 성인 아들 혹은 딸</p>	
<p>6. 잠정 피험자의 보호 부모</p>	

7. 잠정 피험자의 성인 형제나 자매	
8. 잠정 피험자의 손자	
9. 위의 목록에 해당하지 않는 잠정 피험자와의 관계(예: 사촌, 이모 등)	

제3부:

아래 정보는 대리인이 비응급 상황에서의 연구에 참여하기로 동의할 때만 작성해주시시오.

(잠정 피험자에 대해서 알고 있는 지식에 기초하여 가장 잘 설명하는 것에 체크하십시오.)

_____ 나는 잠정 피험자와 살고 있으며 이제까지 _____ 년을 살았습니다.

_____ 내가 리서치에 참여하는 것에 대해서 잠정 피험자와 상의했으며 피험자의 원하는 것을 행할 수 있다고 봅니다.

_____ 기타 (설명해주시시오):

제4부:

잠정 피험자의 연락처 :

이름: _____ 전화번호: () _____

주소: _____

직장 번호: () _____

핸드폰 번호: () _____

이메일: _____

_____ / / _____ / /

잠정 대리인의 서명

날짜

입회자의 서명

날짜