【研究課題名】

IRB 番号：2013-1132　子宮及び卵巣がん肉腫におけるドライバー変異の体系的探索

（研究責任者：がん研究会　がんプレシジョン医療研究センター
がんゲノミクス研究部　部長　森 誠一）

【対象となる患者さん】

1990年12月から現在までにがん研究会有明病院婦人科で、**卵巣がんまたは子宮体がん**の治療を受けられた際に、「説明・同意書(手術用)」、「手術説明・同意書」「手術切除組織などの研究利用同意書」及び「診療情報・試料の医学研究・教育利用についてのお願い」の同意・説明文書の説明により、試料や臨床情報を使用することに対してご同意いただいた患者さん

【研究の目的について】

子宮および卵巣に発生するがん肉腫は、同一腫瘍内にがん成分と肉腫成分が同時に混在する、極めて治療の難しいがん種です。本研究では、がん肉腫について、全遺伝子の解析を含む体系的な調査・解析を行うことで、がん肉腫に対する有効な診断法・治療法を確立することを目的としています。

【研究期間】

がん研究会有明病院病院長の許可日 ～ 2026 年 3 月 31 日

【研究に用いる試料・情報の種類】

試料：がん組織（治療に必要な検査や手術により採取後、余った組織）
情報：年齢、性別、病歴、治療歴、副作用等の発生状況、カルテ番号、予後情報等

【患者さんの費用負担等について】

・本研究を実施するに当たって、患者さんの費用負担は一切ありません。
・将来、本研究の成果が薬などの開発につながり、利益が生まれる可能性がありますが、研究の成果から生じた権利（知的財産権など）は、がん研究会もしくは研究者に属するため、あなたに帰属しません。

【研究成果の公表について】

あなたの協力によって得られた研究の成果は、提供者本人やその家族の氏名などが決して明らかにならないようにした上で、学会発表や学術雑誌およびデータベース等で公に発表されることがあります。

より多くの研究者が、研究で得られたデータを共有することで、新しい技術の開発が進むとともに、様々ながんについて、今まで不可能であった疾患の原因の解明や治療法・予防法の確立が早まる可能性が期待できます。

このように、本研究の解析で得られたデータは、大変重要なデータとなるため、氏名など特定の個人を識別できないように加工した上で、解析されたデータを公的なデータベース(NBDC 等)に登録し、一定の制限の下で国内外の研究者が研究に用いることができるように公開します。

【研究への参加拒否の方法について】

・本研究にご自分の試料や情報を使用してほしくない場合は、遠慮なくお知らせ下さい。最後のページにあります「同意撤回書」に必要事項をご記入の上、主治医にお渡し頂くか、撤回書に記載しております住所またはFAX番号にお送りください。あなたの試料は研究対象から除外いたします。

・研究にご協力いただけない場合でも、不利益になることは一切ありません。

・ただし、研究成果の発表・公表後に同意の撤回を表明された場合、すでに発表した論文やデータを取り下げることはできません。

本研究に関してご質問がございましたら、下記までお申し出下さい。

【問い合わせ窓口】

公益財団法人がん研究会 がんプレシジョン医療研究センター
がんゲノミクス研究部　部長　　森 誠一
電話番号：03-3570-0452
FAX番号：03-3570-0450

同意撤回書

臨床研究同意撤回書（病院保管用）

がん研究会有明病院・院長 殿

私は「子宮及び卵巣がん肉腫におけるドライバー変異の体系的探索」（研究責任者：がん研究会がんプレシジョン医療研究センター　がんゲノミクス研究部 部長　森 誠一）への研究協力の同意を撤回したいので通知いたします。

＜該当する項目に〇をつけてください。署名の上、主治医に渡してください。未成年者でも自署していただければ、同意の撤回ができます。＞

1. **本研究の利用についての同意撤回：**
   本研究で利用されている試料とデータを廃棄してください
2. **将来の利用継続についての同意撤回：**
   試料とデータの研究利用は、本研究終了までとし、それ以降は保管されている全ての試料とデータを廃棄、あるいは研究に利用しないでください
3. **本研究の利用および将来の利用継続についての同意撤回：**
   本研究で利用されている試料とデータを廃棄し、今後も保管されている全ての試料とデータは研究に利用しないでください

本人（試料等提供者）署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿同意撤回日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は上記被験者が研究参加に関する同意撤回したことを確認しました。

同意撤回確認者（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿同意撤回日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

※主治医に渡すことができない方は、下記へ郵送または FAX をお願いします。

〒135-8550　東京都江東区有明 3-8-31　がん研究会　CPM センター　宛

FAX：03-3570-0450

同意撤回書

臨床研究同意撤回書（患者様保管用）

がん研究会有明病院・院長 殿

私は「子宮及び卵巣がん肉腫におけるドライバー変異の体系的探索」（研究責任者：がん研究会がんプレシジョン医療研究センター　がんゲノミクス研究部 部長　森 誠一）への研究協力の同意を撤回したいので通知いたします。

＜該当する項目に〇をつけてください。署名の上、主治医に渡してください。未成年者でも自署していただければ、同意の撤回ができます。＞

1. **本研究の利用についての同意撤回：**
   本研究で利用されている試料とデータを廃棄してください
2. **将来の利用継続についての同意撤回：**
   試料とデータの研究利用は、本研究終了までとし、それ以降は保管されている全ての試料とデータを廃棄、あるいは研究に利用しないでください
3. **本研究の利用および将来の利用継続についての同意撤回：**
   本研究で利用されている試料とデータを廃棄し、今後も保管されている全ての試料とデータは研究に利用しないでください

本人（試料等提供者）署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿同意撤回日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は上記被験者が研究参加に関する同意撤回したことを確認しました。

同意撤回確認者（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿同意撤回日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

※主治医に渡すことができない方は、下記へ郵送または FAX をお願いします。

〒135-8550　東京都江東区有明 3-8-31　がん研究会　CPM センター　宛

FAX：03-3570-0450