

# 貴施設・事業所で保管ください

様式4

## BPSD スポット調査同意書（協力施設保管用）

社会福祉法人浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター長 殿

- |                       |                          |    |
|-----------------------|--------------------------|----|
| 1 研究等目的の説明            | <input type="checkbox"/> | 済み |
| 2 研究等内容、方法の説明         | <input type="checkbox"/> | 済み |
| 3 研究等及び研究結果の守秘についての説明 | <input type="checkbox"/> | 済み |
| 4 その他必要説明事項           | <input type="checkbox"/> | 済み |

説明年月日 西暦 20 年 月 日  
説明担当者 研修企画主幹 中村考一 印

私は本研究について、その目的、内容、方法について、また得られた結果の取り扱いについて、説明を受け、十分に理解し、納得しましたので、研究に参加することに同意いたします。また、結果が研究目的で使用されることにも同意いたします。

西暦 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

法人名・施設事業所名 \_\_\_\_\_

管理者職位・氏名 \_\_\_\_\_ 公印

東京センターに送付ください。

様式4

BPSD スポット調査同意書（調査事務局控え）

社会福祉法人浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター長 殿

- |                       |                          |    |
|-----------------------|--------------------------|----|
| 1 研究等目的の説明            | <input type="checkbox"/> | 済み |
| 2 研究等内容、方法の説明         | <input type="checkbox"/> | 済み |
| 3 研究等及び研究結果の守秘についての説明 | <input type="checkbox"/> | 済み |
| 4 その他必要説明事項           | <input type="checkbox"/> | 済み |

説明年月日 西暦 20 年 月 日  
説明担当者 研修企画主幹 中村考一



私は本研究について、その目的、内容、方法について、また得られた結果の取り扱いについて、説明を受け、十分に理解し、納得しましたので、研究に参加することに同意いたします。また、結果が研究目的で使用されることにも同意いたします。

西暦 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

法人名・施設事業所名 \_\_\_\_\_

管理者職位・氏名 \_\_\_\_\_ 公印