Study Team Instructions: Please see Appendix A-10 of HRP-103 Investigator Manual for information about using this form.

***이 문서는 귀하가 사용하시는 언어로 작성되어야 합니다.***

**약식 동의서**

**연구 참여 동의서 – 약식**

# 개요

당 병원은 귀하의 연구 참여를 요청하고 있습니다. 연구는 새로운 아이디어들을 시험하는 방법입니다. 연구는 우리가 아동들을 돌보는 새로운 방법들을 알아내는 데 도움이 됩니다.

연구에 참여하는 것은 귀하의 선택입니다. 귀하는 예 또는 아니요라고 말할 수 있습니다. 어떤 쪽을 결정하든 괜찮습니다. 당 병원은 귀하를 잘 보살펴 드릴 것입니다.

연구를 하는 사람들을 연구원이라고 부릅니다. 연구원들은 연구에 대해 귀하에게 알려 줄 것입니다. 이 정보는 귀하가 연구에 참여하기를 원하는지의 여부를 결정하는 데 도움이 될 것입니다.

**연구를 하고 있는 이유는 무엇입니까?**

연구원들은 귀하에게 연구를 하는 이유를 알려 줄 것입니다. 그들은 또한 이 연구에서 알아내고자 하는 것이 무엇인지 설명할 것입니다.

**연구를 하는 동안에 무슨 일이 일어나는지.**

연구원들은 귀하에게 다음에 대해 알려 줄 것입니다.

* 연구는 얼마나 오랫동안 지속되는지
* 귀하가 참여하는 경우 귀하는 어떤 일들을 해야 할 것인지
* 이 모든 일은 얼마나 오래 걸리는지

**일어날 수 있는 나쁜 일들은 무엇입니까?**

연구원들은 귀하가 연구에 참여할 경우 나쁜 일들이 일어날 수 있는 것이 무엇인지 알려 줄 것입니다. 그들은 귀하를 다치게 하거나, 겁먹게 하거나 당황하게 만들 수 있는 것들에 대해 알려 줄 것입니다. 또한 그들은 이런 나쁜 일들을 완화시킬 수 있는 방법도 설명할 것입니다.

**일어날 수 있는 좋은 일들은 무엇입니까?**

연구원은 귀하가 연구에 참여할 경우 일어날 수 있는 좋은 일들에 대해 알려 줄 것입니다. 그들은 연구에 참여하는 것이 귀하에게 도움이 될 수도 있는지의 여부를 알려 줄 것입니다. 간혹 연구가 귀하에게 도움이 되지 않더라도 미래에 다른 아동들에게 도움을 줄 수도 있습니다.

**참여하고 싶지 않으면 어떻게 됩니까? 중단하고 싶으면 어떻게 됩니까?**

연구에 참여하는 것은 귀하의 선택입니다. 거절해도 괜찮습니다. 아무도 귀하에게 화를 내지 않을 것입니다.

귀하가 동의하고 나서 나중에 마음을 바꾸더라도 괜찮습니다. 귀하는 언제든지 연구 참여를 중단할 수 있습니다. 귀하가 중단하기를 원하는 경우 연구원에게 알려 주십시오.

**참여하고 싶으면 어떻게 됩니까?**

연구에 참여하겠다고 결정할 경우 귀하는 연구원과 만나게 될 것입니다. 이 연구원은, 귀하가 사용하는 언어를 말하는 사람의 도움을 받아, 연구에 대해 귀하에게 알려 줄 것입니다. 귀하가 연구에 참여하기로 결정하면 연구원에게 알려 주십시오.

필요한 만큼 시간을 내어 결정하십시오. 질문이 있으면 연구원에게 물어보십시오. 언제든지 질문할 수 있습니다.

**주의사항: 귀하가 연구에 참여하기를 원하는 경우, 연구원은 귀하가 사용하는 언어로 작성된 동의서를 귀하에게 제공할 것입니다. 그 동의서는 연구에 대해 설명할 것입니다. 그 동의서가 준비되면 귀하에게 그것을 제공할 것입니다.**

## 참여자의 진술서

연구원은 본인에게 연구에 대해 알려 주었습니다. 본인은 질문을 할 기회가 있었습니다. 본인은 언제든지 질문을 할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 본인은 연구에 참여하기를 원합니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**연구 참여자의 인쇄체 성명**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**연구 참여자의 서명** **날짜**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**부모 또는 법적으로 허가 받은 대리인의 인쇄체 성명**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**부모 또는 법적으로 허가 받은 대리인의 서명**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**날짜 시간**

## 통역사 정보

PLEASE NOTE: Interpreter name is only recorded if consent is documented via a corresponding translated Short Form Consent and/or translated consent form.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# 통역사 성명 날짜

***(If interpreter is used during initial presentation of the study)***

## 증인 정보

PLEASE NOTE: A witness name and signature is required when using the Short Form Assent to document assent.

## 증인 진술서

본인은 동의서의 정보와 제공된 그 외의 정보를 시험대상자에게 설명하였고, 시험대상자는 그 정보를 분명히 이해했으며 자유롭게 동의하였음을 증언합니다.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# 증인의 인쇄체 성명

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# 증인의 서명

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**날짜 시간**

Copies to: Research Participant or Parent(s)/Legally Authorized Representative

# Medical Records (*if appropriate*)