

날짜:

참여자 동의서

우리의 서비스 향상에 도움이 되는 여러분의 보건 경험을 공유해 주셔서 감사합니다. 이 동의서는 여러분의 참여에 대한 동의이며 이를 통해 우리가 여러분의 정보를 어떻게 사용할 수 있을지 알 수 있게 됩니다.

참여 동의

- 본인은 Participant Information Sheet (참여자 안내서)에 개괄된 이 활동 참여에 동의합니다. 본인은 NSW 보건부 시스템에서 겪은 나의 경험에 대해 알리는 것에 동의합니다. 본인이 알리는 내용은 이 시스템 전체의 서비스와 품질 향상을 위해 사용될 것임을 이해합니다.
- 본인은 이 활동이 참여자 안내서에 설명된 대로 진행될 것임을 이해합니다. 본인은 이 동의서의 사본을 보관할 수 있습니다. 본인은 나의 개인 정보가 기밀로 유지될 것임을 이해합니다.
- 본인이 이 활동에 참여하면, 그 활동이 리코딩 될 수도 있음을 이해하며 이에 동의합니다.
- 본인은 이 프로젝트에 포함되는 내용에 대해 주지하였습니다. 알려져 있거나 잠재적인 불편 혹은 위험이 제시되었습니다.
- 본인은 언제든지 이유를 설명할 필요 없이 참여를 철회할 수 있음을 이해합니다. 나의 질문들에 대해 만족한 답을 듣는 기회가 있었습니다.
- 본인은 이 활동 참여에 동의합니다. 본인은 참여자 안내서에 있는 정보를 이해하였습니다.

성명:

동의 방법 (동그라미 표시): 서면/구두/이메일

서명 (서면 동의인 경우):

동의 날짜:

동의 절차를 시행하는 사람의 선언

서명인으로서 본인은 위 참여자에게 이 연구에 대해 완전하게 설명하였습니다.

성명:

서명:

날짜:

나의 정보가 어떻게 사용되거나 사용될 수 없는가

본인은 아래 방법으로 본인의 정보가 사용되는 것에 동의합니다 (체크 표시).

인용문(신분 정보 제거됨)이 보고서, 발표, 훈련 자료와 웹사이트에 사용될 수 있습니다.

본인의 스토리(신분 정보 제거됨)를 요약하여 보고서, 발표, 훈련 자료와 웹사이트 등에 사용할 수 있습니다.

본인의 사진을 보고서, 발표, 훈련 자료와 웹사이트에 사용할 수 있습니다.

성명:

동의 방법 (동그라미 표시): 서면/구두/이메일

서명 (서면 동의인 경우):

동의 날짜:

동의 절차를 시행하는 사람의 선언

서명인으로서 본인은 위 참여자에게 이 연구에 대해 완전하게 설명하였습니다.

성명:

서명:

날짜: