

返送用

IDシール貼付

重要

脱毛関連遺伝子検査申込同意書

株式会社ディーエイチシー 御中

私は、本申込同意書付属説明書（「脱毛関連遺伝子検査のご利用にあたって」）の説明を読み、脱毛関連遺伝子検査の目的、方法、予想される検査結果等をよく理解しました。私は、脱毛関連遺伝子（AR遺伝子）の検査を自らの意思で行い、採取した試料とともに、本申込同意書を提出することに同意いたします。検査結果及びこれに対する「検査結果報告書」、「DHCパーソナル・カルテ」を貴社が私へのアドバイス目的のために閲覧及び利用することに同意するとともに、検査結果やそれに基づくアドバイスが、予防のためのひとつの検査であって、診断もしくは医療行為を含むものではないことを理解し、検査結果やそれに基づくアドバイスの利用については、自らの責任において行います。

●検査を受けるご本人の情報を、検査を受けるご本人または親権者がご記入ください。

●記入事項に不備がある場合は、検査を実施できません。明瞭にご記入ください。

●「氏名」「住所」「電話番号」を変更した際には、遺伝子検査相談室までご連絡ください。

検査を受けるご本人	同意日 西暦 20 年 月 日		
	氏名・捺印	(ふりがな) 印	性別 男 (女性不可)
	お客様ID番号	生年月日 西暦 年 月 日	
住所	〒 ※確認事項が生じた場合、お手紙にてご連絡させていただくことがあります。	電話番号 - - ※市外局番からご記入ください (携帯電話可)。	
DHC会員番号	DHCの会員番号をご記入ください。 送付先住所 / 〒	日中の連絡先 - - ※市外局番からご記入ください (携帯電話可)。 ※必ず連絡のとれる電話番号をご記入ください。確認事項が生じた場合、ご連絡させていただくことがあります。	

■検査を受けるご本人が18歳未満の場合は、親権者の承諾が必要となりますので、下記も必ずご記入ください。

〈検査を受けるご本人〉 私は、申込内容や同意内容等に関する情報について、貴社が必要と判断した場合は、親権者に連絡される場合があることに予め同意いたします。	検査を受けるご本人の氏名・捺印 (ふりがな) 印
〈親権者〉 私は、検査を受ける本人の親権者として、本申込同意書記載内容を理解の上で、本検査を申し込むこと及び申込内容や同意内容等に関する情報について、貴社が必要と判断した場合は私に連絡される場合があることに予め同意いたします。	親権者氏名・捺印 (ふりがな) 印
生年月日 西暦 年 月 日	検査を受けるご本人との関係
住所 印	電話番号: (日中の連絡先: - - -)

返送用

ご記入後はこちらの返送用(1枚目)のみ、ご返送ください

お客様控

重要

脱毛関連遺伝子検査申込同意書

株式会社ディーエイチシー 御中

私は、本申込同意書付属説明書（「脱毛関連遺伝子検査のご利用にあたって」）の説明を読み、脱毛関連遺伝子検査の目的、方法、予想される検査結果等をよく理解しました。私は、脱毛関連遺伝子（AR遺伝子）の検査を自らの意思で行い、採取した試料とともに、本申込同意書を提出することに同意いたします。検査結果及びこれに対する「検査結果報告書」、「DHCパーソナル・カルテ」を貴社が私へのアドバイス目的のために閲覧及び利用することに同意するとともに、検査結果やそれに基づくアドバイスが、予防のためのひとつの検査であって、診断もしくは医療行為を含むものではないことを理解し、検査結果やそれに基づくアドバイスの利用については、自らの責任において行います。

●検査を受けるご本人の情報を、検査を受けるご本人または親権者がご記入ください。

●記入事項に不備がある場合は、検査を実施できません。明瞭にご記入ください。

●「氏名」「住所」「電話番号」を変更した際には、遺伝子検査相談室までご連絡ください。

検査を受けるご本人	氏名・捺印	(ふりがな) ※アルファベットは使用できません。	印	同意日 西暦 20 年 月 日	性別 男 (女性不可)
	お客様ID番号	6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> E	この同意書の右上に貼ってあるID番号シールの8桁の英数字のうち、間の6桁の数字をご記入ください。		
	住所	〒 ※確認事項が生じた場合、お手紙にてご連絡させていただくことがあります。	電話番号 ※市外局番からご記入ください（携帯電話可）。	日中の連絡先 ※市外局番からご記入ください（携帯電話可）。 ※必ず連絡のとれる電話番号をご記入ください。確認事項が生じた場合、ご連絡させていただくことがあります。	- - - - - -
「検査結果報告書」の送付先が上記の住所と異なる場合はご記入ください。 送付先住所 / 〒					
DHC会員番号	DHCの会員番号をご記入ください。		※検査を受けるご本人のDHCの会員番号です（本申込同意書右上のお客様ID番号とは異なります）。会員番号がわからない場合は、会員登録の際の電話番号をご記入ください。		

■検査を受けるご本人が18歳未満の場合は、親権者の承諾が必要となりますので、下記も必ずご記入ください。

〈検査を受けるご本人〉 私は、申込内容や同意内容等に関する情報について、貴社が必要と判断した場合は、親権者に連絡される場合があることに予め同意いたします。		検査を受けるご本人の氏名・捺印 (ふりがな) 印	
〈親権者〉 私は、検査を受ける本人の親権者として、本申込同意書記載内容を理解の上で、本検査を申し込むこと及び申込内容や同意内容等に関する情報について、貴社が必要と判断した場合は私に連絡される場合があることに予め同意いたします。			
親権者氏名・捺印 (ふりがな)	生年月日 印	西暦 年 月 日	検査を受けるご本人との関係
住所	〒	電話番号： (日中の連絡先： - - -)	

お客様控

こちらはお客様控です。お手元に大切に保管してください

脱毛関連遺伝子検査申込同意書付属説明書

脱毛関連遺伝子検査のご利用にあたって

●脱毛関連遺伝子検査規約

脱毛関連遺伝子検査（以下「本検査」）は、唾液を採取し、試料として弊社に送付することで、脱毛に関連する遺伝子（AR遺伝子）について遺伝学的検査を行い、検査結果報告書として報告するものです。

本検査は、国内の検査受託会社に委託しており、試料を匿名化（記号化）して個人を特定できない方法をとっています。試料は検査受託会社において、本検査後に廃棄されます。また、本検査に関する精度につきましては、弊社で確認済みです。

弊社における個人遺伝情報の取扱いは、「経済産業分野のうち個人遺伝情報を用いた事業分野における個人情報保護ガイドライン（平成16年12月17日策定、平成29年3月29日改定）」により厳重に保護されます。また、一般社団法人遺伝情報取扱協会の自主基準を遵守しています。

検査を受けるご本人から受領した試料や本申込同意書、検査結果の取扱いには細心の注意を払うものであります。次の事由による試料や本申込同意書、検査結果の滅失や、検査を受けるご本人からの試料返送時における損害等については、弊社は損害賠償の責任を負いかねます。

- (ア) 地震、津波、高潮、大水、暴風雨、地すべり、山崩れ等その他の天災
- (イ) ストライキ、サボタージュ
- (ウ) 戦争、テロまたは社会的騒擾その他の事変等社会的争乱
- (エ) 核燃料物質に基づく放射性、爆発性その他の有害な特性による事故またはそれにに基づく社会的混乱
- (オ) 不可抗力による火災
- (カ) 予見できない異常な交通障害
- (キ) 法令または公権力発動による運送の差止め、開封、没収、差押えまたは第三者への引渡し
- (ク) 試料送付時における運送会社による故意または過失に起因する試料や同意書、検査結果の遅延・紛失等の事故
- (ケ) 検査を受けるご本人が試料の返信用封筒に記載する外装表示の記載過誤、検査を受けるご本人の故意または過失に起因する試料送付時の事故

●脱毛と遺伝子

本検査は、脱毛の可能性を遺伝的側面から検査するものです。AGA（男性型脱毛症）の日本人男性の発症頻度は全年齢平均で約30%であり、年齢とともに高くなることが統計的にわかっています。

脱毛に関連するAR（アンドロゲンレセプター）遺伝子は性染色体のX染色体に存在する遺伝子ですが、脱毛の要因と遺伝子の関係については現在も更に研究中であり、今後も新しい研究成果がみられる可能性があり、現時点での情報は限定的で全てが明確になったわけではありません。

本検査は、脱毛に関係する全ての要因ではありません。検査結果が遺伝的に要因リスクが高い傾向を示唆していても、個々の環境要因や生活習慣等を改善することにより十分予防可能です。

●プライバシーと倫理面

本来、遺伝情報は個人のプライバシーに属しますので慎重な取扱いが必要です。また、その検査結果は検査を受けるご本人の血縁者にも影響しますので、取扱いには十分な本文面の理解と検査を受けるご本人の同意が必要です。

現在、個人遺伝情報取扱事業者には「経済産業分野のうち個人遺伝情報を用いた事業分野における個人情報保護ガイドライン（平成16年12月17日策定、平成29年3月29日改定）」が適用されます。個人遺伝情報は、これに基づき慎重に取扱われます。ただし、検査を受けるご本人が記入した「脱毛関連遺伝子検査申込同意書」や検査結果等は、弊社及び検査受託会社において、匿名化（記号化）して厳重に秘匿し、統計的データとして集積した上で、社会的な必要性に鑑みて統計として開示されることがあります。

脱毛に関連する遺伝子は血縁者では同じ遺伝子を持っている可能性があり、検査を受けるご本人のみでなく、本検査を受けていない血縁者の結果を想定できる場合がありますが、必ずしも一致するものではありません。検査結果の開示は、必ず検査を受けるご本人の判断で行ってください。

●検査について

本申込同意書に署名され、試料とともに送付された後、検査の撤回を依頼される場合は下記に記載された連絡先が窓口となります。その際、試料及び検査結果は個人を特定できない匿名化の状態で廃棄されます。既にお支払いいただいた代金は返金できませんのでご了承ください。

ご返送いただいた試料は検査を受けるご本人の検体とみなし、検査を受けるご本人の意思により本検査を行うこととみなします。検査を受けるご本人以外の方が氏名等を偽って使用した場合でも、弊社では一切責任を負いかねます。弊社が説明した方法に従わずに試料の採取を行ったことに起因する誤った結果や事故、そのほかの不具合について、一切の責任を負いかねます。また、弊社が説明した方法に従わずに遺伝学的検査のキットの部材の誤使用あるいは誤飲したことによる誤飲したことにかかる賠償には応じられません。

試料不足や保管の状況が十分でない場合、DNAの抽出が不可能である場合もあります。試料の採取時に、採取した細胞数の不足、口腔内の異物（ニコチン、カフェイン、ポリフェノールなど）、歯周病などの疾患が、場合によっては、検査に影響を与える可能性があります。本検査は、試料が弊社に到着してから約3~4週間後に検査結果を検査結果報告書にて報告いたします。正しく検査結果が得られなかつた場合は、お手紙やお電話にてご連絡いたします。弊社より連絡後、検査を受けるご本人より再検査のご依頼がない場合には、その権利を放棄したものとみなします。

本検査は、将来的に脱毛に関係する遺伝的リスクがあることを知ることにより精神的な負担となるような場合が予想されます。

●未成年者の取扱いについて

18歳未満の方が本検査をご利用される際は、倫理的、法的、社会的な観点から、必ず親権者の同意を得た上で、本検査をお申し込みください。

検査結果・同意書・個人情報に関するお問い合わせ：DHC遺伝子検査相談室 0120-575-141 (通話料無料) 9:00~20:00 (日・祝日・年末年始をのぞく)

株式会社ディーエイチシー 〒106-8571 東京都港区南麻布2丁目7番1号