

標準同意書(治験用)

1) ページ(書式)設定

用紙サイズ : A4縦

余白 : 上下左右の余白20ミリ

文字数、行数 : 1頁40字、40行

文字フォント : 丸ゴシックで12ポイント

- 2) 同意書には、ヘッダーに版数や作成年月日などを付けて下さい。
- 3) 同意書の宛先は、次ページのひな形のように「名古屋医療センター院長殿」として下さい。
- 4) 同意書は4枚複写とし、右上に上から順に「カルテ保存用」「薬剤部用」「研究管理室用」「患者さん用」と記載してください。
- 5) 治験課題名には、治験届に記載された治験課題名を記載して下さい。
- 6) 原則として、次ページのひな形の変更は認められません。変更する必要がある場合は、治験事務局の許可を得て下さい。また、変更部分を明確にしたものを審査資料として下さい。

カルテ保存用

同意書

名古屋医療センター院長 殿

治験課題名

私は、上記治験の内容について説明文書に基づき説明を受けました。また、私は治験責任医師、治験担当医師の説明および説明文書の内容を理解しました。私は、自らの意思により本治験に参加することに同意いたします。

同意年月日 20 年 月 日

患者本人氏名（自署） _____

同意年月日 20 年 月 日

代諾者氏名（自署） _____（続柄：_____）

（患者本人氏名：_____（患者本人が自署できない場合））

私は「治験参加に伴う負担軽減費」の受け取りを

1. 承諾します。
2. 承諾しません。

説明年月日 20 年 月 日

説明医師氏名（自署） _____

補足説明年月日 20 年 月 日

補足説明者氏名（自署） _____

同意確認日 20 年 月 日

医師氏名（自署） _____

薬剤部用

同意書

名古屋医療センター院長 殿

治験課題名

私は、上記治験の内容について説明文書に基づき説明を受けました。また、私は治験責任医師、治験担当医師の説明および説明文書の内容を理解しました。私は、自らの意思により本治験に参加することに同意いたします。

同意年月日 20 年 月 日

患者本人氏名（自署） _____

同意年月日 20 年 月 日

代諾者氏名（自署） _____（続柄：_____）

（患者本人氏名： _____（患者本人が自署できない場合））

私は「治験参加に伴う負担軽減費」の受け取りを

1. 承諾します。
2. 承諾しません。

説明年月日 20 年 月 日

説明医師氏名（自署） _____

補足説明年月日 20 年 月 日

補足説明者氏名（自署） _____

同意確認日 20 年 月 日

医師氏名（自署） _____

研究管理室用

同意書

名古屋医療センター院長 殿

治験課題名

私は、上記治験の内容について説明文書に基づき説明を受けました。また、私は治験責任医師、治験担当医師の説明および説明文書の内容を理解しました。私は、自らの意思により本治験に参加することに同意いたします。

同意年月日 20 年 月 日

患者本人氏名（自署） _____

同意年月日 20 年 月 日

代諾者氏名（自署） _____（続柄：_____）

（患者本人氏名：_____（患者本人が自署できない場合）

私は「治験参加に伴う負担軽減費」の受け取りを

1. 承諾します。
2. 承諾しません。

説明年月日 20 年 月 日

説明医師氏名（自署） _____

補足説明年月日 20 年 月 日

補足説明者氏名（自署） _____

同意確認日 20 年 月 日

医師氏名（自署） _____

患者さん用

同意書

名古屋医療センター院長 殿

治験課題名

私は、上記治験の内容について説明文書に基づき説明を受けました。また、私は治験責任医師、治験担当医師の説明および説明文書の内容を理解しました。私は、自らの意思により本治験に参加することに同意いたします。

同意年月日 20 年 月 日

患者本人氏名（自署） _____

同意年月日 20 年 月 日

代諾者氏名（自署） _____（続柄：_____）

（患者本人氏名：_____（患者本人が自署できない場合）

私は「治験参加に伴う負担軽減費」の受け取りを

1. 承諾します。
2. 承諾しません。

説明年月日 20 年 月 日

説明医師氏名（自署） _____

補足説明年月日 20 年 月 日

補足説明者氏名（自署） _____

同意確認日 20 年 月 日

医師氏名（自署） _____