

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。

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。

本人の署名： _____ 日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

代諾者の署名： _____ 日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日
本人からみた関係（続柄） _____

代諾者の署名： _____ 日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日
本人からみた関係（続柄） _____

ほかに共同親権者がいる場合は共同親権者の代表として署名します。

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） _____