

同意文書

殿（申請者の所属する長の氏名を記載すること）

私は「_____」の研究に参加するにあたり、説明文書を受け取り、以下の内容について説明を受けました。

本研究の内容（目的と方法など）を十分に理解しましたので、今回の研究に参加することについて私の自由意思にもとづいて

同意いたします。 同意しません。

- 目的と方法
- 研究に参加することによって得られると予想される利益（効果）と不利益（副作用）
- いつでも自分の意思により中止できること、中止後も必要かつ可能な治療行為が行われ、病院および研究担当医師からなんら不利益を受けることがないこと
- 個人のプライバシーが守られること
- 健康被害時の補償に関すること
- 今回の研究についての相談・問い合わせ窓口

（項目は、説明書と対比させてください。）

同意日：平成 年 月 日

ご本人 氏名

〒 -

現住所

代諾者 氏名

続柄（ ）

〒 -

現住所

説明日：平成 年 月 日

所属

研究責任（分担）医師名
