

# 同意書

( 治験名

説明文書・同意書版番号：

治験実施計画書番号：

一枚目：カルテ保存用

二枚目：患者さん控え

浜松医療センター 院長 様

私は、この治験に参加するにあたり、治験責任（分担）医師から説明文書を受け取り、その内容について適切な説明を受け、十分に理解しましたので、私の自由意思にもとづいて治験に参加することに同意します。なお、この治験について、いつでも私の自由意思によって中止でき、その場合不利益を受けないことを理解しました。

私は、副作用や予期されなかった症状等が発現した場合には、直ちにその旨報告をします。

また、私の秘密が守られることを条件に、治験関係者が私の診療に関する記録（併診科分も含む）を閲覧することを承諾します。

ご本人

署名日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署名 \_\_\_\_\_

代諾者

署名日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署名 \_\_\_\_\_

患者 ( \_\_\_\_\_ ) との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

この文書を用いて説明し、患者さんに手渡しました。

治験責任（分担）医師

説明日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所 属 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

治験協力者

説明日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所 属 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_