診療科保管用

同意文書

治験課題名：

私は治験担当医師から上記治験の内容について、説明文書に基づき十分な説明を受けました。その説明および説明文書の内容をよく理解した上で、この治験に参加することを私の意思によって同意し、以下に署名します。また、説明文書と同意文書の写しを受け取ります。

|  |
| --- |
| **負担軽減費について**（どちらかにチェック ☑）**：**　　　□ 受け取る　　　　□ 受け取らない |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご本人 |  | 同意日：  　20　 　 年 　　 月 　　 日 |  | 署名： | |
| 代諾者  （該当する場合） |  | 同意日：  　20　 　 年　 　 月 　　 日 |  | 治験参加者の氏名： |  |
|  | 代諾の経緯： |  | 代諾者の署名： | 続柄：  （　　　　　　） |
| 代筆者  （該当する場合） |  | 代筆日：  　20　 　 年　 　 月 　　 日 |  |  |  |
|  | 代筆の経緯： |  | 代筆者の署名： | 続柄：  （　　　　　　） |
| 立会人  （該当する場合） |  | 立会日：  　20　 　 年 　　 月 　　 日 |  | 署名： | |
| 同意を取得した  治験担当医師 |  | 署名日：  　20　 　 年 　　 月 　　 日 |  | 診療科：　　　　　　　　　　　　　　　　　　科  署名： | |
| 補助説明者  （該当する場合） |  | 署名日：  　20　　 年 　　 月 　　 日 |  | 所属：  署名： | |