

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 代諾の経緯: _____	治験参加者の氏名: _____ 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: _____