

同意文書

私は、今回  の治験に参加するにあたり、治験の説明文書を受け取り、治験の目的、方法、予測される効果と起こり得る副作用などについて十分な説明を受けました。また他の治療法についての説明、更に同意した後も、いつでも自分の意志により治験への参加を中止することができ、それにより当院で受けるべき利益を失うことはまったくないことなどを理解したうえで、私の意志により、この治験に参加することに同意します。

本人署名欄

同意日：西暦 年 月 日

氏名：(本人署名)

医師署名欄

説明日：西暦 年 月 日

氏名：(医師署名)

同意確認日：西暦 年 月 日

氏名：(医師署名)

治験協力者署名欄

(治験協力者が治験に関する補助的説明をした場合)

説明日：西暦 年 月 日

氏名：(治験協力者署名)

治験実施計画書番号：

作成日：

版番号：