治験同意書

岡山大学病院長　殿

私は、貴院における「　　（表紙に記載した治験課題名を記載）　　」の治験に参加するにあたり、患者説明文書による十分な説明を受け、その内容についてよく理解しました。自らの自由意思によって、本治験に参加することに同意いたします。

また、説明文書と署名した治験同意書の控えを受け取りました。

私の治験関連の個人情報が＊＊年間保存され、海外を含む他の研究者が利用することに

1. 同意します　　2. 同意しません

（どちらかに○をご記載ください）

（バイオマーカー検査など別途、意思確認が必要なものはこのスペースに記載）

同意年月日： 西暦　　　　年　　月　　日

ご本人氏名（署名）：

代諾者氏名（署名）：

※代諾者の場合記入　本人との続柄：　　　　　患者氏名：

（負担軽減費の支払いなしの場合、下記の確認欄は削除）

治験参加に伴う負担軽減費の受取を希望しますか

1. 希望します　　2. 希望しません

（どちらかに○をご記載ください）

＊希望する場合には、別紙「口座振込申出書」を提出してください。

私はこの治験について、説明文書に基づき患者さんに十分に説明しました。

また上記の通り、患者さんの治験参加同意について、確認しました。

説明年月日： 西暦　　　　年　　月　　日

治験責任(分担)医師： 　　　　　　　科

説明年月日： 西暦　　　　年　　月　　日

治験協力者： 臨床研究コーディネーター 　　　　　　　　　　　　（補足説明を行った場合）