

同意確認文書

〇〇病院 病院長 殿

臨床研究課題名：「ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチンに係る診療体制における協力医療機関等を受診している者を対象とした調査研究」における詳細検討調査

1. この研究の意義と目的
2. 研究の方法
3. 予想される利益および不利益
4. ご協力をお願いすること
5. 研究実施予定期間と参加予定者数
6. 研究への参加とその撤回について
7. 研究への参加を中止する場合について
8. この研究に関する情報の提供について
9. この研究で得られたデータの取扱いについて
10. 費用負担、研究資金などについて
11. 知的財産権の帰属について
12. 研究組織
13. 研究担当者と連絡先

【患者さんの署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究に参加することについて同意します。また、説明文書「患者さんへ」と本同意文書の写しを受け取ります。

同意日：平成 年 月 日

患者さん氏名： _____ (自署)

【代諾者の署名欄】

私は _____ さんが、この研究に参加するにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究に参加することについて同意します。また、説明文書「患者さんへ」と本同意文書の写しを受け取ります。

同意日：平成 年 月 日

代諾者 氏名： _____ (自署) 続柄 _____

【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さんに本研究について十分に説明した上で同意を得ました。

説明日：平成 年 月 日

説明者氏名： _____ (自署)

同意撤回書

〇〇病院 病院長 殿

臨床研究課題名：「ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチンに係る診療体制における協力医療機関等を受診している者を対象とした調査研究」における詳細検討調査

【患者さんの署名欄】

私は、上記臨床研究について担当医師より説明を受け、この研究に参加することについて同意をいたしました。これを撤回します。

同意撤回日：平成 年 月 日

患者さん氏名： _____ (自署)

【代諾者の署名欄】

私は _____ さんが、上記臨床研究について担当医師より説明を受け、この研究に参加することについて同意をいたしました。これを撤回します。

同意撤回日：平成 年 月 日

代諾者 氏名： _____ (自署) 続柄 _____

【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さんが、同意を撤回されたことを確認しました。

確認日：平成 年 月 日

担当医師氏名： _____ (自署)