患者さんへ

（説明文書および同意文書）

『表題』について

（治験に参加される前によくお読みください）

◎この冊子は、○○の治験について担当医師による説明を補い、治験の内容を十分に理解していただいた上で、あなたが参加するかどうかをあなた自身で決めていただくための説明文書および同意文書です。

◎内容についてわからないこと、何か心配なことがございましたら、担当医師、または臨床研究コーディネーターにおたずねください。

　　　独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター

この治験に関する窓口

この治験について、わからないこと、おからだの状態を含め何か

心配なことがありましたら、いつでも遠慮なくご連絡ください。

《連絡先》独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター

治験責任医師：○○科　　○○　○○

《相談窓口》独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター

治験管理室　臨床研究コーディネーター

電話番号：０２９－２４０－７７１１（休日・夜間可）

※臨床研究コーディネーター：臨床試験の内容をわかりやすく説明し、患者さんやその家族をサポートします。またルールに従って計画どおりに実施できるよう院内、および製薬会社との調整を行います。

この治験は、下記の治験審査委員会で審査され承認を受けて実施しております。

治験審査委員会の詳細は、「16.治験の実施および治験審査委員会について」を

ご参照ください。

〈治験審査委員会〉

・名　称：独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター受託研究審査委員会

・種　類：治験審査委員会

・設置者：独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター　院長

・所在地：茨城県東茨城郡茨城町桜の郷２８０番地

・HPアドレス：https://mito.hosp.go.jp/medical/chiken\_irb.html

〈治験依頼者〉

・名　称：

・所在地：