カルテ保管用さん用

**同　意　書**

独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター　院長　殿

治験課題名：「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」

私は、治験担当医師から上記治験の遺伝子研究について、同意説明文書にもとづき十分な説明を受けました。そこで、私はその説明および説明文書の内容をよく理解した上で、遺伝子研究に参加することを私の自由意思によって同意致します。その証として以下に署名し、本説明文書と同意書の写しを受け取ります。

|  |  |
| --- | --- |
| １．はじめに  ２．遺伝子研究の目的  ３．遺伝子研究の方法  ４．遺伝子研究における予測される利益および不利益について  ５．健康被害が発生した場合の治療と補償 | 6．自由意思による遺伝子研究への参加と同意の撤回  7．プライバシーの保護について  8．遺伝子研究実施に関する費用  9．遺伝子研究への参加に伴う報酬について |

同意日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　患者署名：

　　　　私は、本人がこの研究に参加することに代諾者として同意致します。

西暦　　　　　年　　　月　　　日　　代諾者署名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　患者さんからみた続柄：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　医師署名：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　協力者署名：

（補足説明を行った場合）

治験管理室用

**同　意　書**

独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター　院長　殿

治験課題名：「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」

私は、治験担当医師から上記治験の遺伝子研究について、同意説明文書にもとづき十分な説明を受けました。そこで、私はその説明および説明文書の内容をよく理解した上で、遺伝子研究に参加することを私の自由意思によって同意致します。その証として以下に署名し、本説明文書と同意書の写しを受け取ります。

|  |  |
| --- | --- |
| １．はじめに  ２．遺伝子研究の目的  ３．遺伝子研究の方法  ４．遺伝子研究における予測される利益および不利益について  ５．健康被害が発生した場合の治療と補償 | 6．自由意思による遺伝子研究への参加と同意の撤回  7．プライバシーの保護について  8．遺伝子研究実施に関する費用  9．遺伝子研究への参加に伴う報酬について |

同意日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　患者署名：

　　　　私は、本人がこの研究に参加することに代諾者として同意致します。

西暦　　　　　年　　　月　　　日　　代諾者署名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　患者さんからみた続柄：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　医師署名：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　協力者署名：

（補足説明を行った場合）

患者さん用

**同　意　書**

独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター　院長　殿

治験課題名：「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」

私は、治験担当医師から上記治験の遺伝子研究について、同意説明文書にもとづき十分な説明を受けました。そこで、私はその説明および説明文書の内容をよく理解した上で、遺伝子研究に参加することを私の自由意思によって同意致します。その証として以下に署名し、本説明文書と同意書の写しを受け取ります。

|  |  |
| --- | --- |
| １．はじめに  ２．遺伝子研究の目的  ３．遺伝子研究の方法  ４．遺伝子研究における予測される利益および不利益について  ５．健康被害が発生した場合の治療と補償 | 6．自由意思による遺伝子研究への参加と同意の撤回  7．プライバシーの保護について  8．遺伝子研究実施に関する費用  9．遺伝子研究への参加に伴う報酬について |

同意日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　患者署名：

　　　　私は、本人がこの研究に参加することに代諾者として同意致します。

西暦　　　　　年　　　月　　　日　　代諾者署名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　患者さんからみた続柄：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　医師署名：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　協力者署名：

（補足説明を行った場合）