**製造販売後臨床試験同意書**

札幌医科大学附属病院　病院長　様

患者氏名：

( I D )（　　　　　　　　　　　）

課題名：

　　私は、上記の製造販売後臨床試験について、医師より下記項目について十分な説明を受け、十分理解しました。その上で、この製造販売後臨床試験に参加することについて同意します。また、説明文書と本同意書の写しを受け取ります。

1.はじめに　　　　　　　　　　　　　　　　　　　9. この試験に関する新たな情報が得られた場合について

2.製造販売後臨床試験とは　　　　　　　　　　　　10.試験の中止について

3.病気について　　　　　　　　　　　　　　　　　11.健康被害が生じた場合について

4.現在行われている主な治療について　　　　　　　12.試験参加に伴う費用負担の軽減について

5.試験薬について　　　　　　　　　　　　　　　　13.個人情報について

6.試験の目的　　　　　　　　　　　　　　　　　　14.守っていただきたいことについて

7.試験の方法について　　　　　　　　　　　　　　15.連絡先・相談窓口

8.予想される試験の利益と不利益

【患者さま本人の同意（署名または記名押印）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

※　患者さまが未成年者又は意識障害者等で同意能力を欠く場合は、親権者、配偶者、後見人その他これに

準じる方の署名が必要です。

【患者さまのご家族などの同意（署名または記名押印）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

患者さまとのご関係：

【説明者（試験協力者は説明した場合のみ）】

　　試験責任医師等：　　　　　　　　　　 説明した日：　　　　年　　　月　　　日

試　験　協力者：　　　　　　　　説明した日：　　　　年　　　月　　　日

**製造販売後臨床試験同意書**

札幌医科大学附属病院　病院長　様

患者氏名：

( I D )（　　　　　　　　　　　）

課題名：

　　私は、上記の製造販売後臨床試験について、医師より下記項目について十分な説明を受け、十分理解しました。その上で、この製造販売後臨床試験に参加することについて同意します。また、説明文書と本同意書の写しを受け取ります。

1.はじめに　　　　　　　　　　　　　　　　　　　9. この試験に関する新たな情報が得られた場合について

2.製造販売後臨床試験とは　　　　　　　　　　　　10.試験の中止について

3.病気について　　　　　　　　　　　　　　　　　11.健康被害が生じた場合について

4.現在行われている主な治療について　　　　　　　12.試験参加に伴う費用負担の軽減について

5.試験薬について　　　　　　　　　　　　　　　　13.個人情報について

6.試験の目的　　　　　　　　　　　　　　　　　　14.守っていただきたいことについて

7.試験の方法について　　　　　　　　　　　　　　15.連絡先・相談窓口

8.予想される試験の利益と不利益

【患者さま本人の同意（署名または記名押印）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

※　患者さまが未成年者又は意識障害者等で同意能力を欠く場合は、親権者、配偶者、後見人その他これに

準じる方の署名が必要です。

【患者さまのご家族などの同意（署名または記名押印）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

患者さまとのご関係：

【説明者（試験協力者は説明した場合のみ）】

　　試験責任医師等：　　　　　　　　　　 説明した日：　　　　年　　　月　　　日

試　験　協力者：　　　　　　　　説明した日：　　　　年　　　月　　　日

**製造販売後臨床試験同意書**

札幌医科大学附属病院　病院長　様

患者氏名：

( I D )（　　　　　　　　　　　）

課題名：

　　私は、上記の製造販売後臨床試験について、医師より下記項目について十分な説明を受け、十分理解しました。その上で、この製造販売後臨床試験に参加することについて同意します。また、説明文書と本同意書の写しを受け取ります。

1.はじめに　　　　　　　　　　　　　　　　　　　9. この試験に関する新たな情報が得られた場合について

2.製造販売後臨床試験とは　　　　　　　　　　　　10.試験の中止について

3.病気について　　　　　　　　　　　　　　　　　11.健康被害が生じた場合について

4.現在行われている主な治療について　　　　　　　12.試験参加に伴う費用負担の軽減について

5.試験薬について　　　　　　　　　　　　　　　　13.個人情報について

6.試験の目的　　　　　　　　　　　　　　　　　　14.守っていただきたいことについて

7.試験の方法について　　　　　　　　　　　　　　15.連絡先・相談窓口

8.予想される試験の利益と不利益

【患者さま本人の同意（署名または記名押印）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

※　患者さまが未成年者又は意識障害者等で同意能力を欠く場合は、親権者、配偶者、後見人その他これに

準じる方の署名が必要です。

【患者さまのご家族などの同意（署名または記名押印）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

患者さまとのご関係：

【説明者（試験協力者は説明した場合のみ）】

　　試験責任医師等：　　　　　　　　　　 説明した日：　　　　年　　　月　　　日

試　験　協力者：　　　　　　　　説明した日：　　　　年　　　月　　　日