（責任医師保管用）

**治　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：治験課題名を記載してください

　　私は、上記の治験について、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、この治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. この治験に関する新たな情報が得られた場合について

2.治験とは　　　　　　　　　　　　　　　　　　　10.治験の中止について

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.治験参加に伴う費用負担の軽減について

5.治験薬・医療機器・治験製品について　　　　　　13.個人情報について

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

7.治験の方法について　　　　　　　　　　　　　　15.連絡先・相談窓口について

8.予測される治験の利益と不利益について

【患者さん本人の同意（署名）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

【患者さんの代諾者などの同意（署名）】　□代諾者　　　□公正な立会人

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

患者さんとのご関係：

【説明者（治験協力者は説明した場合のみ）】

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

治 験 協 力 者：　　　　　　　　説明した日：　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（薬剤部保管用）

**治　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：治験課題名を入れてください

　　私は、上記の治験について、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、この治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. この治験に関する新たな情報が得られた場合について

2.治験とは　　　　　　　　　　　　　　　　　　　10.治験の中止について

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.治験参加に伴う費用負担の軽減について

5.治験薬・医療機器・治験製品について　　　　　　13.個人情報について

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

7.治験の方法について　　　　　　　　　　　　　　15.連絡先・相談窓口について

8.予測される治験の利益と不利益について

【患者さん本人の同意（署名）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

【患者さんの代諾者などの同意（署名）】　□代諾者　　　□公正な立会人

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

患者さんとのご関係：

【説明者（治験協力者は説明した場合のみ）】

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

治 験 協 力 者：　　　　　　　　説明した日：　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（患者さん交付用）

**治　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：治験課題名を入れてください

　　私は、上記の治験について、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、この治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. この治験に関する新たな情報が得られた場合について

2.治験とは　　　　　　　　　　　　　　　　　　　10.治験の中止について

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.治験参加に伴う費用負担の軽減について

5.治験薬・医療機器・治験製品について　　　　　　13.個人情報について

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

7.治験の方法について　　　　　　　　　　　　　　15.連絡先・相談窓口について

8.予測される治験の利益と不利益について

【患者さん本人の同意（署名）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

【患者さんの代諾者などの同意（署名）】　□代諾者　　　□公正な立会人

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

患者さんとのご関係：

【説明者（治験協力者は説明した場合のみ）】

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

治 験 協 力 者：　　　　　　　　説明した日：　　　　年　　　月　　　日