

同意書

名古屋医療センター院長 殿

治験課題名

私は、上記治験の内容について説明文書に基づき説明を受けました。また、私は治験責任医師、治験担当医師の説明および説明文書の内容を理解しました。私は、自らの意思により、本人（子）が本治験に参加することに同意いたします。

私は「治験参加に伴う負担軽減費」の受け取りを

1. 承諾します。
2. 承諾しません。

本人（子）のお名前： _____ 日付： _____ 年 月 日

代諾者の署名： _____ 日付： _____ 年 月 日
本人からみた関係（続柄） _____

代諾者の署名： _____ 日付： _____ 年 月 日
本人からみた関係（続柄） _____

事情があるため、他の親権者が本書に署名することができません。私の責任において他の親権者の同意を取得することを誓約します。

説明年月日 20 年 月 日
説明医師氏名（自署） _____

補足説明年月日 20 年 月 日
補足説明者氏名（自署） _____

同意確認日 20 年 月 日
医師氏名（自署） _____