**同意書　（患者用）**

私は「〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇」の臨床試験について、以下の説明を受けました。

* 臨床試験について
* あなたの病気について
* あなたの病気に対する治療法について
* この臨床試験の目的、背景、意義
* 参加予定の被験者数
* この臨床試験の実施予定期間とスケジュール
* この臨床試験の方法
* 経済的な負担あるいは謝礼等について
* この臨床試験による利益と不利益
* 健康被害が発生した場合の対応と補償について
* この臨床試験への参加とその撤回について
* この臨床試験を中止する場合について
* この臨床試験に関する情報の入手及び閲覧について
* 公開データベース登録について
* 個人情報保護、試料・情報の保管及び廃棄の方法について
* この臨床試験の資金と利益相反について
* 特許権等について
* お守りいただきたいこと
* この臨床試験の実施体制と連絡先（相談窓口）

上記の臨床試験について私が説明をしました。

説明年月日 　　　 　年 　　月 　　日

同意取得者

上記に関する説明を十分理解した上で、臨床試験に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 　　　 　年 　　月 　　日

被験者署名

代諾者署名　　 （続柄）