

同意書 (血液採取時)

東京慈恵会医科大学附属病院院長殿

この度、私は「培養鼻腔粘膜上皮細胞シート移植による中耳粘膜再生治療の実現」に関する研究について担当医師から下記の項目につき十分な説明を受け納得しましたので、研究に協力することに同意します。

1. 研究の目的について
2. 特定認定再生医療等委員会について
3. 研究の方法について
4. 研究への参加の自由と同意撤回の自由について
5. この研究で予想される効果と不利益について
6. 他の一般的な治療法について
7. 補償について
8. 費用について
9. 検体やデータの取り扱いについて
10. 個人情報の取り扱い、人権・プライバシーの保護について
11. 利益相反について
12. 研究成果の公表について
13. 臨床研究の開示について
14. 研究にかかわる必要な事項
15. 緊急時の連絡先について

担当医師名 _____ (署名)
平成 年 月 日

氏名 (患者様ご本人) _____ (署名)
平成 年 月 日

住所 _____
