

## 同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究課題名 : 自家非培養表皮細胞移植による白斑治療を目指した

### 臨床研究

私は、上記研究課題名における研究に(研究対象者氏名) \_\_\_\_\_  
が参加するにあたり、担当医から説明文書(版数) \_\_\_\_\_ 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

同意日 : 西暦 年 月 日

本人署名 : \_\_\_\_\_

立会人署名(続柄) : \_\_\_\_\_ ( )

立会人: 研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日 : 西暦 年 月 日

担当医署名 : \_\_\_\_\_

同席者署名 : \_\_\_\_\_

署名後、コピーを渡してください