

同意文書

殿

研究代表者 瀬田クリニック東京 後藤重則 殿

私は以下の免疫細胞療法についての資料（「免疫細胞療法の概要」）を受け取り、説明を受けました。

[私が受ける免疫細胞療法]

アルファ・ベータ T細胞療法 ガンマ・デルタ T細胞療法 NK 細胞療法

また、私は本研究に関する説明文書を受け取り、下記の内容について説明を受けました。

[説明文書]

1. はじめに
2. がんに対する先制医療について
3. 免疫細胞療法について
4. 本研究の目的と意義
5. 研究の方法
6. 予想される利益と起こるかもしれない不利益
7. 健康被害が発生した場合について
8. 得られた資料および試料の取り扱いについて
9. 得られた試料の二次利用について
10. 同意の撤回について（この研究への参加はあなたの自由意思によるものです。）
11. 免疫細胞療法の中止について
12. カルテ等の調査・閲覧について
13. 個人情報の保護について
14. 費用について
15. ウイルス検査の実施について
16. 利益相反（起こり得る利害の衝突）について
17. 質問・相談等への対応、本研究に関する情報公開について

私は上記内容を十分に理解した上で、免疫細胞療法を受け、本研究に参加することに同意します。

試料の二次利用について：

本研究で投与や検査に使われなかった私の細胞や血液等の試料を、医学研究に提供することに、

同意します 同意しません

（同意日）西暦 年 月 日

現住所 _____

ご本人 氏名 _____

代理人；続柄（ ） _____

（説明日）西暦 年 月 日

所属 _____ 担当医師名 _____

説明文書 説明者サイン _____