同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目：重症心筋症に対する自家骨格筋筋芽細胞シート移植による治療法の開発
手術・処置等の名称　：　骨格筋の採取

私は、上記研究題目における処置を（研究対象者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が受けるにあたり、担当医から詳しい説明を受け、わからない点について質問をする機会も持ちました。この度の処置について、その内容、必要とされる理由、実施に伴う危険性、予測される合併症、その他実施する可能性のある必要処置等について、十分に理解しましたので、その実施を同意します。

本人署名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
署名年月日　：　西暦　　年　　月　　日

私は担当医として、今回の研究の処置について説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
署名年月日　：　西暦　　年　　月　　日
同席者署名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（複数署名可）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿