

同意書（研究参加時）

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

私は、上記研究題目における研究に（研究対象者氏名）_____が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ①臨床研究の目的 | <input type="checkbox"/> ⑨研究結果の提供 |
| <input type="checkbox"/> ②臨床研究の意義 | <input type="checkbox"/> ⑩研究成果の公表 |
| <input type="checkbox"/> ③同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと | <input type="checkbox"/> ⑪費用負担に関すること |
| <input type="checkbox"/> ④参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> ⑫臨床研究の資金源 |
| <input type="checkbox"/> ⑤研究の方法（研究対象者として選定された理由等） | <input type="checkbox"/> ⑬知的財産権等の帰属 |
| <input type="checkbox"/> ⑥期待される結果及び起こりうる危険性・不都合 | <input type="checkbox"/> ⑭補償の有無 |
| <input type="checkbox"/> ⑦他の治療方法 | <input type="checkbox"/> ⑮研究終了後の対応 |
| <input type="checkbox"/> ⑧個人情報の取扱い | <input type="checkbox"/> ⑯試料（資料）の保存・保存期間及び使用方法 |
| | <input type="checkbox"/> ⑰臨床研究の開示 |
| | <input type="checkbox"/> ⑱問い合わせ先（研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先等） |

私は、研究参加にあたり、 群について、□の中にレを記入しました。

- 群 群 （いずれか1つにレを記入してください）

本人署名： _____ (印)

署名年月日： 西暦 年 月 日

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。

担当医署名： _____ (印)

署名年月日： 西暦 年 月 日

同席者署名： _____
(複数署名可)