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（被験者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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、被験者が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。

□ ①臨床研究の目的
□ ②臨床研究の意義
□ 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
□ 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
□ ⑤代諾者からの同意取得の必要性
□ ⑥研究の方法（研究対象者として選定された理由 等）
□ ⑦期待される結果及び起こりうる危険性・不都合
□ ⑧他の治療方法
□ ⑨個人情報の取扱い
□ ⑩研究結果の提供
□ ⑪研究成果の公表
□ ⑫費用負担に関すること
□ ⑬臨床研究の資金源
□ ⑭知的財産権等の帰属
□ ⑮補償の有無
□ ⑯研究終了後の対応
□ ⑰試料（資料）の保存・保存期間及び使用方法
□ ⑱臨床研究の開示
□ ⑲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、[redacted]群について、□の中にレを記入しました。

□ [redacted]群　□ [redacted]群　（いずれか１つにレを記入してください）

本人署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

決めた日：西暦　　年　　月　　日

代諾者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（本人との続柄：　　）

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ました。

担当医署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

説明年月日：西暦　　年　　月　　日

研究協力者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

補助説明年月日：西暦　　年　　月　　日