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　：　筋芽細胞を用いた細胞シートの移植

私は、上記研究題目における処置を（被験者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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、被験者に対するその実施を同意します。

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