

# 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（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： \_\_\_\_\_ (印)  
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