

## 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（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： \_\_\_\_\_ (印)  
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： \_\_\_\_\_ (印)  
署名年月日： 西暦 年 月 日  
同席者署名： \_\_\_\_\_  
(複数署名可) \_\_\_\_\_