同　意　書　③（移植）

研究題目　：　自己脂肪組織由来幹細胞を用いた新しい歯周組織再生療法開発

私は、上記研究題目における研究に参加するにあたり、担当医から以下の項目について説明を受け、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改めて同意します。その上で、歯周組織欠損部への培養自己脂肪組織由来幹細胞移植術を受けることに同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にレをご記入ください。）

□　①本研究の方法、目的について　　□　②予想される研究の意義
□　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期待される結果及び考えられる危険性・不都合
□　⑥他の治療法　　□　⑦プライバシーが守られること
□　⑧研究結果の提供　　□　⑨研究終了後の対応・研究成果の公表
□　⑩費用負担に関すること　　□　⑪研究の資金源
□　⑫知的財産権等の帰属　　□　⑬補償の有無
□　⑭試料（資料）の保存及び使用方法並びに保存期間（研究終了後の試料（資料）の取扱い）
□　⑮研究の開示
□　⑯本研究に関する質問が自由であること
□　⑰問い合わせ先（研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等）

本　人　署　名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

平成　　年　　月　　日

私は担当医師として、今回の臨床研究について上記の項目を説明をし、同意を得たことを確認しました。

担当医師署名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

平成　　年　　月　　日

補助説明者署名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

平成　　年　　月　　日