**同　意　文　書**

治験課題名（省略せずに正式名）を記載してください。

宛名（○○殿）は必要ありません。

『　　　　　（治験課題名）　　　　　　』の治験に参加するにあたり、担当医師より前記説明文書の内容について説明を受けました。私の自由意思にもとづいて、私が本治験に参加することに同意いたします。また、その証として以下に署名し、説明文書・同意文書の写しを1部受け取ります。

記入欄

被験者負担軽減費の支給については、□希望します。□希望しません。

（注：どちらかに☑ を入れてください。）

(同意日) 20　　年　　月　　日

（本人署名） （生年月日）

氏名　　　　　　　　　 　　　 　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

【代諾者の方が署名される場合】

(同意日) 20　　年　　月　　日

代諾者署名

（本人との続柄　　　　　　 　　　患者氏名　　　　　　　　 　　　）

治験責任医師または治験分担医師

担当医師署名　　　　　　　　　　　　　　　　20　　年　　月　　日

【治験協力者が補足的な説明を行った場合】

治験協力者署名　　　　　　　　　　　　　　　20　　年　　月　　日

版番号、作成日をいれてください。