**(様式 3)**

**同　意　書**

研究責任者

　　　　　　　　　　殿

私は、下記に関する研究について、担当者より同意説明文書にて説明を受けた項目のうち、以下の項目について理解・納得したので、自らの意思によりこの研究に参加することに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １.研究課題名 |  |
| 2.研究の説明内容 | ※　理解した項目に☑を入れてください。□　研究の目的□　研究の対象□　研究の方法□　データの使用方法□　データの管理と保管□　研究の参加に伴う利益・不利益□　健康上の被害があった場合の治療と補償□　プライバシーの保護□　個人の解析結果は原則的に開示しないこと□　倫理性の審査□　研究に関わる費用□　研究結果の公開□　知的財産権□　自由意志による同意と同意撤回の自由□　質問の自由 |

【患者署名欄】

署　名　日：　西暦　　　　　年　　　月　　　日

同意者（患者）署名：

代諾者署名：

研究参加者との関係：

【研究者署名欄】

説　明　日：　西暦　　　　　年　　　月　　　日

署　名　日：　西暦　　　　　年　　　月　　　日

研究説明者署名：

薬　局　名：