○○病院　病院長　殿

同　意　書

私は、「大腿骨頭すべり症に関する多施設共同前向き観察研究（レジストリ研究）」に関し、以下の項目について担当医師より十分な説明を受け、説明文書を受け取り、その内容について理解・納得しましたので、この研究への参加に同意します。

＜説明項目＞

１．臨床研究について

２．今回の研究について

３．研究の目的

４．研究の方法

５．この研究に参加することにより予想される利益と不利益

６．この研究に参加しなかった場合の治療方法について

７．研究の参加について

８．研究の中止について

９．個人情報の保護について

10．研究組織と研究資金について

11．利益相反について

12．研究参加中の費用について

13．研究終了後の対応について

14．研究に関する情報公開について

15．この研究を審査する倫理審査委員会について

16．この研究の当院における担当医師及び問い合わせ先

17．研究組織の名称及び研究責任者

西暦　　　　年　　　月　　　日

氏　名（本人）

代諾者
氏　名（続柄　　　　　）

担当医師

説明医師　　　　　　　　　　　　　　　（説明日　西暦　　　　年　　　月　　　日）

補助説明者　　　　　　　　　　　　　　（説明日　西暦　　　　年　　　月　　　日）

* 本研究について説明文書および同意書（写）を受け取りました。

○○病院　病院長　殿

同　意　撤　回　書

私は、「大腿骨頭すべり症に関する多施設共同前向き観察研究（レジストリ研究）」に関し、この研究への参加に同意しましたが、同意を撤回します。

西暦　　　　年　　　月　　　日

氏　名（本人）

代諾者
氏　名（続柄　　　　　）