

術後病理組織の解析、および医学情報の
研究利用に関する同意書

北里大学病院
病院長 藤井 清孝 殿

私は、前立腺がん術後病理組織の解析、および医学情報の研究利用について、口頭および文書により説明を受け、下記の内容を理解しました。遺伝子治療臨床研究に参加することに同意します。

- 研究の目的について
- 同意・撤回の自由
- 対照比較研究の内容・方法について
- 研究に参加することの利益と不利益について
- 費用について
- この研究の成果の発表について
- 個人情報の保護について
- 連絡先および問い合わせ先について
- 遺伝子治療臨床研究の正式名称と実施組織体制
- その他

平成 年 月 日

患者氏名(署名又は記名捺印) _____ (印)

連絡先 _____

親族又は理解補助者(署名又は記名捺印) _____ (印)

連絡先 _____

患者さんとの関係 _____

説明医師(署名又は記名捺印) _____ (印)