

## 急性期心原性脳塞栓症患者に対する自己骨髄単核球静脈内投与に関する 臨床研究への協力に関する同意書

国立循環器病センター 病院長 殿

私は、当該臨床研究の目的、内容、安全性および危険性等について別紙に基づき説明しました。

平成 年 月 日

説明者

所属

氏名 \_\_\_\_\_

(署名または記名、押印)

私(\_\_\_\_\_)は、「急性期心原性脳塞栓症患者に対する自己骨髄単核球静脈内投与に関する臨床研究」(主任研究者 成富博章)に関して、その目的、内容、利益及び不利益を含む下記の事項について担当者から説明文書を用いて説明を受け、理解しました。

また、同意した後であっても、いつでも同意を撤回できること、そのことによって何ら不利益を生じないこと、疑問があればいつでも質問できることについても説明を受け納得しました。

については、私自身の自由意思により研究への協力に同意いたします。

<input type="checkbox"/> 研究への協力の任意性と撤回の自由 <input type="checkbox"/> 臨床研究とは <input type="checkbox"/> この臨床研究の必要性 <input type="checkbox"/> この臨床研究の研究目的 <input type="checkbox"/> この臨床研究の研究内容 <input type="checkbox"/> 参加する期間 <input type="checkbox"/> 参加人数 <input type="checkbox"/> この臨床研究実施計画書の開示 <input type="checkbox"/> 予想される合併症および健康被害 <input type="checkbox"/> 健康被害が発生した場合の対処	<input type="checkbox"/> この臨床研究に参加しない場合の、他の治療法 <input type="checkbox"/> 研究協力者にもたらされる利益及び不利益 <input type="checkbox"/> 臨床研究の費用負担について <input type="checkbox"/> 知的所有権に関すること <input type="checkbox"/> 倫理的配慮 <input type="checkbox"/> 個人情報の保護 <input type="checkbox"/> 余った細胞の取り扱いについて <input type="checkbox"/> 新たな情報が得られた場合 <input type="checkbox"/> 臨床研究参加の中止について <input type="checkbox"/> 参加に伴い守っていただきたい事項
---	---

平成 年 月 日

研究協力者氏名 \_\_\_\_\_

(署名または記名、押印)

(代諾者の場合)

氏名 \_\_\_\_\_ (患者との関係 \_\_\_\_\_)

(署名または記名、押印)

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_