

# 同意書

## 〇〇△△の第〇相臨床試験

岩手医科大学附属 殿

私は、「〇〇△△の第〇相臨床試験」について十分な説明を受け、本治験の内容を理解し、承知した上で、本治験に参加することについて自らの自由意思で同意いたします。

なお、本同意にあたり以下に署名し、同意説明文書と同意書の写しを受領します。

同意年月日 西暦 年 月 日  
本人署名 \_\_\_\_\_

同意説明文書中の「13.被験者負担軽減費の支払いについて」、十分な説明を受け、理解した上で、治験に係わる来院回数に応じて被験者負担軽減費を受け取ることに、  
同意します 同意しません

### 〈説明医師記入欄〉

説明年月日 西暦 年 月 日

治験担当医師署名 \_\_\_\_\_

同意説明文書・同意書(署名済)手交日 西暦 年 月 日

### 〈補足説明者記入欄〉

説明年月日 西暦 年 月 日

治験協力者署名 \_\_\_\_\_