

患者番号
氏 名
生年月日

[illegible]

本人	氏 名	印
	同 意 年 月 日	平成 年 月 日
代 諾 者	氏 名	印
	続 柄 又 は 関 係	
	同 意 年 月 日	平成 年 月 日

立会人 平成 年 月 日 印

患者説明文書等を手渡した日及び説明日	平成	年	月	日
同意文書の控えを手渡した日	平成	年	月	日

同意取得年月日 平成 年 月 日 試験担当医師 _____ 科（部） _____ 印
同意取得年月日 平成 年 月 日 協力者 _____ 印