

同意書

新潟大学長 殿

この度、「シロリムス口内炎の発症機序と経過に関する観察研究」の研究に参加するにあたり、説明書に記載されている項目等について担当者から詳細な説明を受け、了承しましたので、その実施に同意します。

(西暦) 年 月 日

参加者氏名 _____ 印

(※押印は自筆署名により省略できます。)

代諾者氏名 (続柄) _____ 印

(※押印は自筆署名により省略できます。)

(※代諾者氏名欄は、代諾が必要な場合 (主に未成年者) のみ署名願います。)

上記参加者様に対する研究については、私が説明し、参加者様本人が同意したことを確認します。

(西暦) 年 月 日

説明者氏名 _____ 印

(※押印は自筆署名により省略できます。)

同意撤回書

新潟大学長 殿

私は、この度、「シロリムス口内炎の発症機序と経過に関する観察研究」の研究への参加を了承・同意しましたが、この同意を撤回します。

(西暦) 年 月 日

参加者氏名 _____ 印

(※押印は自筆署名により省略できます。)

代諾者氏名 (続柄) _____ 印

(※押印は自筆署名により省略できます。)

(※代諾者氏名欄は、代諾が必要な場合 (主に未成年者) のみ署名願います。)

上記参加者様に対する研究における、同意撤回を確認いたしました。

(西暦) 年 月 日

受理者 _____ 印

(※押印は自筆署名により省略できます。)