診療録用

同意撤回書

（治験薬の投与を中止する方へ）

熊本医療センター院長　殿

私は、「*プロトコール名*」において、以下同意撤回項目について同意をとり止めます。また、その証として以下に署名し、本同意撤回書の写しを受け取ります。

□ 治験薬の投与中止を希望しますが、以下の方法で治験への参加を継続します。

□ 必要時や治験全体の終了時に電話による連絡を受けることに同意します。

□ 担当医師が今後の診察時の診療録などから治験に関連する健康状態についての情報を収集することに同意します。

□ 治験薬の投与中止を希望し、追跡調査を含む今後一切の治験への参加をお断りします。

◆本人署名欄

|  |  |
| --- | --- |
| お名前（署名） |  |
| 署名日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　　日 |

◆代諾者署名欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お名前（署名） |  | 患者さまとの続柄 |  |
| 患者さま氏名 |  |
| 署名日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　　日 |

◆治験責任医師または治験分担医師

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 署名日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　　日 |

治験事務局用

同意撤回書

（治験薬の投与を中止する方へ）

熊本医療センター院長　殿

私は、「*プロトコール名*」において、以下同意撤回項目について同意をとり止めます。また、その証として以下に署名し、本同意撤回書の写しを受け取ります。

□ 治験薬の投与中止を希望しますが、以下の方法で治験への参加を継続します。

□ 必要時や治験全体の終了時に電話による連絡を受けることに同意します。

□ 担当医師が今後の診察時の診療録などから治験に関連する健康状態についての情報を収集することに同意します。

□ 治験薬の投与中止を希望し、追跡調査を含む今後一切の治験への参加をお断りします。

◆本人署名欄

|  |  |
| --- | --- |
| お名前（署名） |  |
| 署名日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　　日 |

◆代諾者署名欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お名前（署名） |  | 患者さまとの続柄 |  |
| 患者さま氏名 |  |
| 署名日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　　日 |

◆治験責任医師または治験分担医師

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 署名日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　　日 |

患者さま用

同意撤回書

（治験薬の投与を中止する方へ）

熊本医療センター院長　殿

私は、「*プロトコール名*」において、以下同意撤回項目について同意をとり止めます。また、その証として以下に署名し、本同意撤回書の写しを受け取ります。

□ 治験薬の投与中止を希望しますが、以下の方法で治験への参加を継続します。

□ 必要時や治験全体の終了時に電話による連絡を受けることに同意します。

□ 担当医師が今後の診察時の診療録などから治験に関連する健康状態についての情報を収集することに同意します。

□ 治験薬の投与中止を希望し、追跡調査を含む今後一切の治験への参加をお断りします。

◆本人署名欄

|  |  |
| --- | --- |
| お名前（署名） |  |
| 署名日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　　日 |

◆代諾者署名欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お名前（署名） |  | 患者さまとの続柄 |  |
| 患者さま氏名 |  |
| 署名日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　　日 |

◆治験責任医師または治験分担医師

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 署名日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　　日 |