

治 験 承 諾 書

日本医科大学付属病院

ワクチン療法研究施設 所長 殿

患者 _____ に対し当院にてSSM注射液を使用し治験を行う
ことを承諾いたします。

また、患者の経過を逐次報告(SSM臨床成績経過書)し、この治験に協力することを
了承いたします。

西暦 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

医 師 名

印