

同意書

日本医科大学付属病院

ワクチン療法研究施設 所長 殿

SSM(丸山ワクチン)の治験に関し初回説明を受けた上、治験に参加することを同意致します。

西暦 年 月 日

患者氏名(署名)

住 所

電 話

(患者本人の署名が困難な場合)

代諾者氏名(署名)

患者との関係(患者から見た関係)

※この同意については、本人または代諾者の申し出によりいつでも撤回することができます。

～ . ～ . ～ . ～ . ～ . ～ . ～ . ～ . ～ . ～ . ～ . ～ . ～

委任状

私(患者氏名) _____ は、SSM(丸山ワクチン)の治験手続き及び
受給に関し、下記の者に委任します。

西暦 年 月 日

親族または代理者氏名

住 所

電 話

患者との関係(患者から見た関係)
