**（治験責任医師→院長、（写）被験者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式8**

同 意 文 書

**私は、治験責任医師・治験分担医師　　　　　　から治験の内容その他の治験に関する事項について、文書により適切な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。**

* **この説明により、被験者として治験に参加することに同意します。**
* **治験に関しての説明は十分に理解しましたが、被験者として治験に参加することには同意できません。**

**（「よく分からない。」ときは、更に説明を行い、いずれかを選択してもらう。）**

**岡山赤十字病院 院長　様**

**年　　月　　日　午前・午後　　時　　分**

**[同意等の場所]**

**[被験者となるべき者]**

**印**

**[立会人]**

**印　　　（本人との関係）**

**[代諾者]**

**印　　　（本人との関係）**

**[説明を行った治験責任医師・治験分担医師]**

**印　　　（　　　　年　　　月　　　日）**

**[説明補助者（行った場合のみ）]**

**印　　　（　　　　年　　　月　　　日）**