施設保管用

　　　　　　　　　　　　　　　同意撤回書

私は、臨床試験「　　　試験」において、以下の項目について、自らの自由意思により治験の同意を撤回します。また、署名した本文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。（治験薬投与中の場合）**

**□方法1：追跡調査に関しては、以下の方法で治験への参加を継続しますが、その他の治験に関することは同意撤回します。**

方法1を選んだ場合、あてはまるもの全ての□にチェックを付けてください。

* 必要な検査を受けることに同意します。
* 必要時に電話による連絡を受け、治験に関する健康状態についての情報を提供す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。

**□方法2：追跡調査を含む今後治験への参加について一切お断りします。**

同意撤回者署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名日：

治験責任（分担）医師の署名：　　　　　　　　　　　　署名日：

治験協力者の署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　署名日：

版番号：社会福祉法人済生会　千葉県済生会習志野病院 第1.0版

作成日：　　　年　　月　日

治験実施計画書番号：

患者さん用

　　　　　　　　　　　　　　　同意撤回書

私は、臨床試験「　　　試験」において、以下の項目について、自らの自由意思により治験の同意を撤回します。また、署名した本文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。（治験薬投与中の場合）**

**□方法1：追跡調査に関しては、以下の方法で治験への参加を継続しますが、その他の治験に関することは同意撤回します。**

方法1を選んだ場合、あてはまるもの全ての□にチェックを付けてください。

* 必要な検査を受けることに同意します。
* 必要時に電話による連絡を受け、治験に関する健康状態についての情報を提供す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。

**□方法2：追跡調査を含む今後治験への参加について一切お断りします。**

同意撤回者署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名日：

治験責任（分担）医師の署名：　　　　　　　　　　　　署名日：

治験協力者の署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　署名日：

版番号：社会福祉法人済生会　千葉県済生会習志野病院 第1.0版

作成日：　　　年　　月　　日

治験実施計画書番号：