※　○の箇所をご記入下さい。

同意書

杏林大学医学部付属病院

**病院長**　殿

私は、担当研究者より「○○○○○○」に関する事項について口頭及び文書による十分な説明を受け了解しましたので、研究に参加することに同意します。

平成　　年　　月　　日

氏名：　　　　　　　　　　　　　印

同席同意者：　　　　　　　　　　　　　印

（署名または記名捺印）

――――――――――――（医師記入欄）―――――――――――

説明日：平成　　年　　月　　日

担当研究者：杏林大学医学部　○○○○○

　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先：〒181-8611　東京都三鷹市新川6-20-2

電話：0422-47-5511 内線○○○○

ファックス：0422-○○-○○○