

整理番号:	白ラベル
識別コード*:	

<同意撤回書の雛形>

同 意 撤 回 書

- ・試験毎の作成不要
- ・IRB 申請不要

治験課題名

【患者さんの署名欄】

私は、上記治験について担当医師より説明を受け、この治験に参加することについて同意をいたしました。が、以下のとおり撤回します。

- ☐ 私は、全ての治験手順および診療録等の情報の使用について同意を撤回します。
- ☐ 私は、治験薬投与に関する同意を撤回しますが、安全性の評価や追跡調査については協力します。
- ☐ 私は、検査等の本治験の一部の手順について同意を撤回しますが、その他の評価については協力します。
- ()
- ☐ 私は、任意の研究のために提供した採血等の保管検体の廃棄を希望します。

同意撤回日:西暦 年 月 日

患者さん氏名:_____

【代諾者の署名欄】

私は_____さんが、上記治験について担当医師より説明を受け、この治験に参加することについて同意をいたしました。が、上記のとおり撤回します。

同意撤回日:西暦 年 月 日

代 諾 者 氏 名:_____ (患者さんとの続柄_____)

【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さんの意向を確認しました。

確 認 日:西暦 年 月 日

担当医師氏名:_____

【同意撤回の対応について】

- ・同意撤回に関する詳細は原資料に記録する。
- ・同意撤回書への署名を拒否した又は来院が困難な場合は、同意撤回書の提出を強要しない