令和　　年　　月　　日

同　意　書

研究題目　：　歯科医院での特定保健指導に準じた保健指導の効果の検証

私は、上記研究題目における研究に参加するにあたり、担当者から以下の項目について説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にレをご記入ください。）

《項　目　例》

□　本研究の方法、目的について
□　予想される研究の意義
□　同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
□　参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
□　プライバシーが守られること
□　本研究に関する質問が自由であること
□　本研究の試料を将来の研究に使用すること

本 人 署 名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
署名年月日　：　令和　　年　　月　　日

私は担当医として、今回の臨床研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
署名年月日　：　令和　　年　　月　　日