**再同意に関する文書**

このたび私は，以下の治験に関して，担当医師及び治験コーディネーターから説明文書に記載された内容について十分な説明を再度受け，理解しました。その上で、自らの自由意思により以下の治験に参加することに再度同意し、再同意に関する文書（患者さん控え）を受領します。

治験名：

　作成日：　　　　年　　月　　日、版数：Ver.

患者さんのお名前：

（直筆署名）　　　 （同意日：西暦　　　　　年　　月　　日）

代諾者のお名前：

患者さんとのご関係：

（代諾者による直筆署名） （同意日：西暦　　　　　年　　月　　日）

再同意に関する文書を受け取りましたか？　　　　　　　□はい　□いいえ

※治験に関する記録としてこの再同意に関する文書（写し）を大切に保管してください。

病院名：社会福祉法人済生会松山病院

説明を行った治験責任医師，又は治験分担医師氏名（署名）：

（署名済み同意書を医師が確認した日：西暦　 年 月 日）

補足的説明を行った治験協力者氏名（署名）：

（文書による説明を行った日：西暦　 年 月 日）

**再同意に関する文書**

このたび私は，以下の治験に関して，担当医師及び治験コーディネーターから説明文書に記載された内容について十分な説明を再度受け，理解しました。その上で、自らの自由意思により以下の治験に参加することに再度同意し、再同意に関する文書（患者さん控え）を受領します。

治験名：

　作成日：　　　　年　　月　　日、版数：Ver.

患者さんのお名前：

（直筆署名）　　　 （同意日：西暦　　　　　年　　月　　日）

代諾者のお名前：

患者さんとのご関係：

（代諾者による直筆署名） （同意日：西暦　　　　　年　　月　　日）

再同意に関する文書を受け取りましたか？　　　　　　　□はい　□いいえ

※治験に関する記録としてこの再同意に関する文書（写し）を大切に保管してください。

病院名：社会福祉法人済生会松山病院

説明を行った治験責任医師，又は治験分担医師氏名（署名）：

（署名済み同意書を医師が確認した日：西暦　 年 月 日）

補足的説明を行った治験協力者氏名（署名）：

（文書による説明を行った日：西暦　 年 月 日）

**再同意に関する文書**

このたび私は，以下の治験に関して，担当医師及び治験コーディネーターから説明文書に記載された内容について十分な説明を再度受け，理解しました。その上で、自らの自由意思により以下の治験に参加することに再度同意し、再同意に関する文書（患者さん控え）を受領します。

治験名：

　作成日：　　　　年　　月　　日、版数：Ver.

患者さんのお名前：

（直筆署名）　　　 （同意日：西暦　　　　　年　　月　　日）

代諾者のお名前：

患者さんとのご関係：

（代諾者による直筆署名） （同意日：西暦　　　　　年　　月　　日）

再同意に関する文書を受け取りましたか？　　　　　　　□はい　□いいえ

※治験に関する記録としてこの再同意に関する文書（写し）を大切に保管してください。

病院名：社会福祉法人済生会松山病院

説明を行った治験責任医師，又は治験分担医師氏名（署名）：

（署名済み同意書を医師が確認した日：西暦　 年 月 日）

補足的説明を行った治験協力者氏名（署名）：

（文書による説明を行った日：西暦　 年 月 日）