公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター

病院長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　同意撤回書

私は、臨床試験「治験課題名」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。

* 必要な追加検査を受けることに同意します。
* 必要時や治験全体の終了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。
* 引き続き必要に応じて、アンケート用紙や専用の電子機器等を使用して、生活の質に関する質問などの質問票に回答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。**

**本人署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名日：**

**代諾者署名：　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　署名日：**

**説明者の署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名日：**

**説明補助者の署名：　　　　　　　　　　　　　　　　署名日：**