



동 의 서

연구 제목: Extracorporeal Shock Wave Therapy Treatment of Painful Hematoma in the Calf: A Case Report

본인은 연구자로부터 본인의 진단 및 치료를 포함한 의무기록 정보를 연구 목적의 증례 보고에 이용하는 것에 연구자 [REDACTED]으로부터 충분한 설명을 들었으며, 이에 동의합니다.

2020.08.28

주 소: [REDACTED]

연 락 처: [REDACTED]

피 험 자: [REDACTED] (성명)

[REDACTED] 2020.8.28 (서명일)

법정 대리인(필요 시): (성명)

(서명)

(서명일)

(피험자와의 관계)

동의서를 설명한 사람 (성명)

[REDACTED] 2020.8.28 (서명일)

연구책임자/공동연구자: (성명)

[REDACTED] 2020.8.28 (서명일)