

## 연구대상자 동의서

1. 본인은 증례 보고 및 치료에 대해 구두로 설명을 받고 이해하였으며 담당 의사와 이에 대하여 의논하였습니다.
2. 본인은 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 본인은 이에 대하여 자발적으로 동의합니다.
4. 본인은 이후의 치료에 영향을 받지 않고 언제든지 치료 중간에 거부하거나 중도에 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해가 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다.
5. 본인은 이 설명서 및 동의서에 서명함으로써 의학 연구 목적으로 나의 개인정보가 현행 법률과 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
6. 본인은 이 설명문 및 동의서 사본을 받을 것을 알고 있습니다.

성명 : 이철규

서명 (인)



날짜 : 2020.05.27

주소 : 전라남도 완도군 고금면 충무사길 56

연락처 : 010-3751-6721

생년월일 : 1954.02.02