

低分化胃神经内分泌肿瘤患者随访之情同意书*同意签字页

临床研究项目名称：低分化胃神经内分泌肿瘤的临床病理特征及预后分析

申办者：中日友好医院

本人已仔细阅读“研究受试者知情同意书*告知页”，已了解这是一项临床回顾性研究，研究者已就此研究的特点向我做了详细解释，并对有关问题给予解答。我在充分了解受试者须知的全部内容以及参加受试带来的利弊后，志愿参加本研究。我已充分理解：

- 1、作为受试者，我将遵守受试者须知要求，自愿参与本研究，并与研究人员充分合作，如实、客观地向研究人员提供相关情况。
- 2、本临床研究的结果只用于科研目的，除国家相关管理部门、中日友好医院伦理委员会等，我参加研究的个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。
- 3、我参加本临床研究完全是自愿的，我可以拒绝参加或在任何时候退出研究，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

受试者签名

联系电话：

日期：2019年1月20日

研究者签名：

联系电话：1760049383

日期：2019年1月20日

低分化胃神经内分泌肿瘤患者随访之情同意书*同意签字页

临床研究项目名称：低分化胃神经内分泌肿瘤的临床病理特征及预后分析

申办者：中日友好医院

本人已仔细阅读“研究受试者知情同意书*告知页”，已了解这是一项临床回顾性研究，研究者已就此研究的特点向我做了详细解释，并对有关问题给予解答。我在充分了解受试者须知的全部内容以及参加受试带来的利弊后，志愿参加本研究。我已充分理解：

- 1、作为受试者，我将遵守受试者须知要求，自愿参与本研究，并与研究人员充分合作，如实、客观地向研究人员提供相关情况。
- 2、本临床研究的结果只用于科研目的，除国家相关管理部门、中日友好医院伦理委员会等，我参加研究的个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。
- 3、我参加本临床研究完全是自愿的，我可以拒绝参加或在任何时候退出研究，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

受试者姓名

联系电话

日期：2018年 9 月 20 日

研究者签名：

联系电话：17600048383

日期：2018年 9 月 20 日