

17. 피험자동의서 서식

연구 대상자 서면 동의서

연구 제목	코비드 백신 접종 이후 반대쪽 어깨에 발생한 심한 통증 환자에 관한 증례 보고
-------	---

저는 다음의 자료를 출판물, 온라인 문서나 재활의학 관련된 논문을 위한 자료로 사용되거나 혹은 이 자료를 유사하게 사용하려고 허가 받은 사람에게 사용하는 것을 허락합니다.

저는 제 이름이 논문에 사용되지 않을 것으로 알고 있으며, 완전한 익명처리는 보장되지 않을 수 있다는 것을 이해합니다.

각각의 내용을 읽고 해당 사항에 표시해주세요

- ☒ 저는 본문을 읽었거나 내용에 대한 일반적인 기재사항들을 읽었고 제가 포함된 부분의 모든 사진과 그림을 모두 확인하였습니다.
- ☒ 저는 저와 관련된 내용의 원고를 읽고 사진과 그림을 볼 수 있는 기회를 제공 받았으며 이에 대한 저의 권리를 위임하겠습니다.

연구 대상자 성명

서명

날짜 (년/월/일)

(해당하는 경우)

연구 대리인 성명

서명

날짜 (년/월/일)

☞ 연구대상자와 관계 : ()

연구 책임자 성명

서명

날짜 (년/월/일)