

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

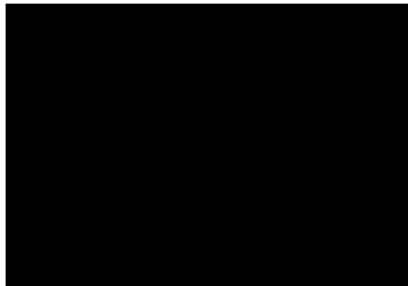
千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名



印

令和 5 年 10 月 17 日

担当医師署名

印

令和 5 年 10 月 17 日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「 食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討 」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目 (□の中にご自分でチェックをつけてください。)

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先 (お問い合わせ窓口)

同意者署名



印

令和 3 年 9 月 16 日

担当医師署名



令和 3 年 9 月 16 日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

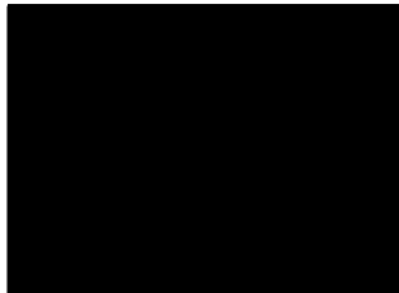
千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☐ 予想される危険性
- ☐ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☐ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☐ この研究に関する情報の提供について
- ☐ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☐ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☐ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☐ 研究組織
- ☐ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名



印

令和 3 年 9 月 21 日

担当医師署名

印

令和 3 年 9 月 21 日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

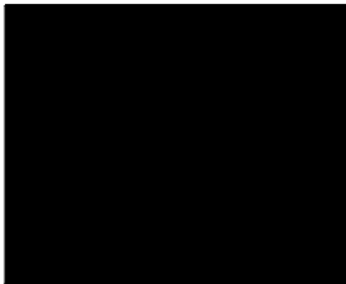
千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起り得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

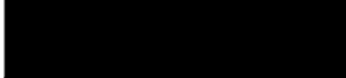
同意者署名



印

令和3年9月26日

担当医師署名



印

令和3年9月26日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名

印

令和 3 年 8 月 3 日

担当医師署名

印

令和 3 年 8 月 3 日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

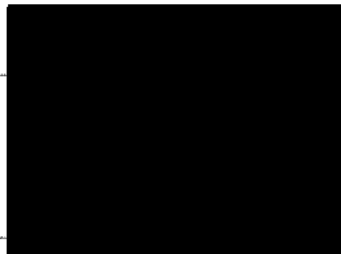
千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

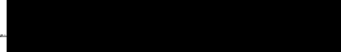
同意者署名



印

令和 3 年 7 月 22 日

担当医師署名



印

令和 3 年 7 月 25 日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名

印

令和 3 年 7 月 13 日

担当医師署名

印

令和 3 年 7 月 13 日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名

印

令和 3 年 6 月 9 日

担当医師署名

印

令和 3 年 6 月 9 日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名



印

令和 3 年 2 月 9 日

担当医師署名



令和 3 年 2 月 9 日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名

印

令和3年4月20日

担当医師署名

印

令和3年4月20日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名



印

令和 3 年 3 月 30 日

担当医師署名



令和 3 年 3 月 30 日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

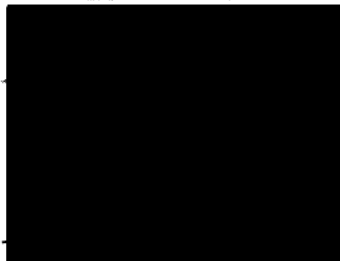
千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この誓面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名



印

令和3年4月15日

担当医師署名



令和3年4月15日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

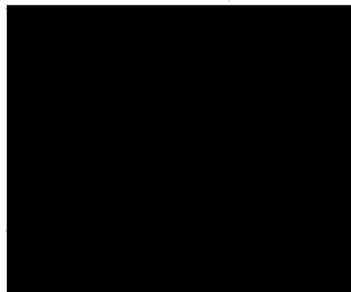
千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所適性診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この誓面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目 (□の中にご自分でチェックをつけてください。)

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☐ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先 (お問い合わせ窓口)

同意者署名



印

令和 3 年 2 月 18 日

担当医師署名



令和 3 年 2 月 18 日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名

印

令和2024年 3月 16日

担当医師署名

印

令和3年 3月 16日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

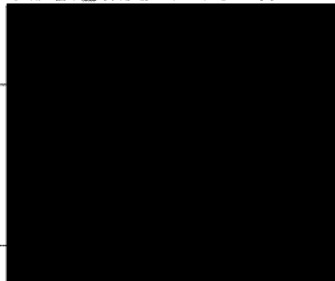
千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名



印

令和 3 年 2 月 10 日

担当医師署名



令和 3 年 2 月 10 日

同意書

(担当医師用)

(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目 (□の中にご自分でチェックをつけてください。)

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先 (お問い合わせ窓口)

同意者署名



印

令和 3 年 2 月 8 日

担当医師署名

印

令和 3 年 2 月 4 日

同意書

2 (担当医師用)
(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名



印

令和2年9月20日

担当医師署名



令和2年9月20日

同意書


(担当医師用)
(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名

印

令和 2 年 10 月 29 日

担当医師署名



令和 2 年 10 月 29 日

同意書

(担当医師用)
(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名

印

令和 2 年 8 月 25 日

担当医師署名

米本

令和 2 年 8 月 25 日

同意書

☐ (担当医師用)

(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（口の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名

印

令和 2 年 6 月 9 日

担当医師署名



令和 2 年 6 月 9 日

同意書

9 (担当医師用)
8 (同意者用)

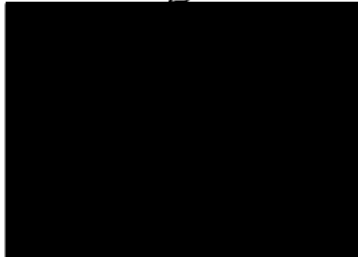
千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（☐の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名



印

令和 2 年 9 月 8 日

担当医師署名

印

令和 2 年 9 月 8 日

同意書

☒ (担当医師用)
(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名



印

令和 2 年 5 月 19 日

担当医師署名



令和 2 年 5 月 19 日

同意書

○(担当医師用)

(同意者用)

千葉大学大学院医学研究院長 殿

私は「食道癌化学放射線療法後局所遺残診断における超音波内視鏡検査評価基準の検討」について、目的、方法等に関する以下の説明を文書および口頭により受け、内容について十分理解し、下記の項目を了承しました。この書面をもって、私がこの研究に参加することを自由意志で決定したことを示すものとします。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェックをつけてください。）

- ☒ 研究の目的および意義
- ☒ 研究の方法
- ☒ 予想される効果
- ☒ 予想される危険性
- ☒ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ☒ 同意した後、いつでも同意を撤回できること
- ☒ この研究に参加しない場合の他の治療法について
- ☒ 個人情報の取扱いについて
- ☒ この研究に関する情報の提供について
- ☒ 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- ☒ 検査結果報告以外の研究成果に関する権利を放棄すること
- ☒ 当該臨床研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- ☒ 研究組織
- ☒ 研究担当者と連絡先（お問い合わせ窓口）

同意者署名

印

令和 2 年 5 月 7 日

担当医師署名

印

令和 2 年 5 月 7 日