□

教育・学術研究へのご協力のお願い

＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿日に行われます、貴方の下部消化管内視鏡検査については、治療や検査の結果等（数値、画像、組織標本など）を、教育や学術発表に用いさせていただく可能性があります。その際には、貴方の個人情報が明らかになることはありません。（なお、個人情報が明らかになる可能性がある場合は、別途説明をさせて頂きます。）

これらは医学・医療の発展を目的とするものであるため、ご理解の上、ご協力をお願いいたします。ご協力いただける場合は、下記の同意書に署名をお願いします。なお、ご協力いただけない場合でも今後の診療においてあなたが不利益を被ることはありません。

同　意　文　書

東京大学医学部附属病院 病院長 殿

私（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）は、上記教育・学術研究への協力について説明を受け、その内容を十分に理解しました。このうえで、上記に示された教育および学術研究に協力します。なお、本説明・同意文書の写しを受け取りました。

【説明】
説明年月日：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

説明医：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名、もしくは記名押印）

【同意】
同意年月日：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

同意者（本人）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆署名、もしくは記名押印）

同意者（代理人）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（患者本人との関係：＿＿＿＿＿）
＊本人に同意能力がない場合にのみ、代理人の方が、自筆署名、もしくは記名押印してください。