

同意書

くまもと県北病院長殿

この度「熊本県における心血管リスク保有患者の心不全発症リスクの評価とその予測因子の確立 (EPIK Program)」に参加するにあたり、説明文書に記載されている項目について担当医師より詳細な説明を受け、十分に納得し、その必要性を認めたので、本研究に参加することに同意します。

年 月 日

本人の署名：

代諾者の署名：

続柄 ()

(患者さん本人が未成年の場合または同意に関して判断ができない場合)

説明医師の署名または記名・捺印