

同意書

(同意書の書式は、主治医・治療スタッフ、産業医・産業保健スタッフ、患者さん、同一です)

NTT 東日本関東病院病院長 落合慈之殿

研究課題「リワークマニュアルによる復職支援」

私は、上記研究への参加にあたり、説明文書の記載事項について、
十分理解しましたので本研究の研究参加者になることに同意いたします。

以下の項目について、説明を受け理解しました。

1. この研究の目的について
2. この研究の方法について
3. 研究協力の任意性と撤回の自由について
4. 研究結果の公表について
5. その他について

平成 年 月 日

署名 (本人) _____

住所 _____

電話番号 _____

説明者 _____ 秋山 剛 _____

説明者所属・職名 _____ NTT 東日本関東病院精神神経科部長 _____

説明者連絡先 _____ 03-3448-6500 <akiyama@east.ntt.co.jp> _____

同意書は、それぞれの施設で留め置いて、保管しておいていただければ結構です。

同意撤回書

NTT 東日本 関東病院 院長 落合慈之 殿

私 _____ は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日

「リワークマニュアルによる復職支援」の研究参加者になることについて同意しましたが、その同意を撤回することにしました。

住 所 _____

電話番号 ()

署 名 (本 人) _____ 印

_____ 年 _____ 月 _____ 日

* 同意の撤回は原則として同意書に署名した人が行います。