肥大型心筋症　遺伝学的検査　同意書

　　（所属施設長の氏名を記載して下さい）　殿

私は肥大型心筋症に対する遺伝学的検査について説明を受け十分理解しました。

検査後、残った検体について高知大学医学部で長期間保存され、将来新たに計画・実施される医学研究への使用について同意します。　　　□はい　　　□いいえ

西暦　　　　年　　月　　日

署名

本人氏名

　　住所

　　電話

本人署名または記名捺印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代諾者署名または記名捺印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代諾者と本人との関係

　　氏名

　　住所

　　電話

説明者の氏名及び職名

説明者の署名（または記名・捺印）