

同意書

研究分担責任者

_____ 殿

私は研究分担者である(医社)室木歯科口腔外科医院の理事長・院長である室木俊美から「歯槽頂から行う上顎洞挙上手術に関する臨床的研究」についての目的、方法などを別紙同意取得に際しての説明文によって詳細な説明を受け、私の自主判断から、この研究に参加することを同意します。

ただし、研究の途中で中止を要請することも自由であることを理解しました。

年 月 日

研究参加者

住 所 : _____

氏 名 : _____

生年月日 : _____ 年 月 日

研究参加者の保護者等

(研究参加者が未成年者、意識障害者などの場合)

住 所 : _____

氏 名 : _____

研究参加者との関係 : _____

※本人が自署または捺印してください。

研究担当歯科医師：室木俊美 印