

# 治験承諾書

患者 住所

氏名

電話

明・大・昭・平 年 月 日生

病名

(組織学的所見)

右疾患の患者に対しSSM(A・B)注射液(丸山ワクチン)を使用し治験を行うことを承諾いたします。なお右患者の経過を逐次報告しこの研究に協力することを諒承いたしました。

平成 年 月 日

診療施設住所

診療施設名

担当医師

電話

日本医科大学付属病院ワクチン療法研究施設御中