（様式 － 9）

同意書

石川県知事 殿

私は、石川県肝炎治療特別推進事業の「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を用いた臨床研究について説明を受け、本研究の趣旨を理解したうえで、同診断書の複写を、金沢大学附属病院へ提供し、研究に活用されることに同意します。

同意年月日　　年　　月　　日

患者氏名

（代諾の場合は、代諾者の氏名　　）