

尊敬的患者：

一、开展临床试验的介绍

二、研究性质和目的

三、可能存在的风险

四、受益

五、自愿参加与退出

六、保密责任

本知情同意书一式两份，医生和受试者各一份。

医院主要研究者: 吴林峰, 郑梦梦, 陈伟克, 肖荣耀

联系电话: _____

项目负责人: 吴林峰

作为本次临床验证的研究者，我已经详细向您告知了上述内容。

医生已充分向本人介绍了本验证的目的、方法等内容,也充分告知了本人有的权利和应该履行的义务,并对本人询问的所有问题也给予了圆满的答。本人自愿参加本次实验性临床医疗,并积极配合医生完成本项验证工作。

日期: 2017 年 2 月 28 日 联系电话: _____

注：各科室根据具体开展实验性临床医疗做详细补充。

如果您已充分理解并同意上述内容，请在本知情同意书右下方签字确认。

作为本次临床验证的研究者，我已经详细向您告知了上述内容。

研究者签名： 吴林峰

日期： 2017 年 2 月 5 日

.....
医生已充分向本人介绍了本验证的目的、方法等内容，也充分告知了本人享有的权利和应该履行的义务，并对本人询问的所有问题也给予了圆满的答复。本人自愿参加本次实验性临床医疗，并积极配合医生完成本项验证工作。

.....
受试者（或其法定代理人）签名： _____ （关系 本人）

日期： 2017 年 2 月 5 日 联系电话： _____

科别： 肿瘤科 住院号： _____

注：各科室根据具体开展实验性临床医疗做详细补充。

尊敬的患者：

一、开展临床试验的介绍

二、研究性质和目的

三、可能存在的风险

四、受益

五、自愿参加与退出

六、保密责任

本知情同意书一式两份，医生和受试者各一份。

医院主要研究者: 吴林峰, 郑梦梦, 陈伟克, 肖荣耀

联系电话: _____

项目负责人: 吴林峰

联系电话: _____