



協議編號： _____

主研究員姓名： _____

同意研究員姓名： _____

本文件使用的「您」代表研究參加者。此稱呼也代表被授權同意受試者參加本研究計畫的人。

選擇性研究計畫補充說明

現在我們詢問您是否願意加入一些選擇性研究計畫。如果您選擇不參加任何選擇性研究計畫，您仍可參加主要的研究計畫。請花些時間決定，並與家人和朋友討論。

您參加這些選擇性研究計畫為自願性，如果您拒絕參加或決定停止，並不會受到處罰或失去任何福利。

請說明您是否願意參加以下選擇性研究計畫。

選擇性研究計畫 1:

不適用

願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

不願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

選擇性研究計畫 2:

不適用

願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

不願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

選擇性研究計畫 3:

不適用

願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

不願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

選擇性研究計畫 4:

不適用

願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

不願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

研究計畫參加同意書簡表補充說明
Dana-Farber/ Harvard 腫瘤研究中心 (DF/HCC)
BIDMC/BWH/CH/DFCI/MGH/ Network Affiliates

選擇性研究計畫 5:

- 不適用
- 願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期
- 不願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

選擇性研究計畫 6:

- 不適用
- 願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期
- 不願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

選擇性研究計畫 7:

- 不適用
- 願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期
- 不願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

選擇性研究計畫 8:

- 不適用
- 願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期
- 不願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

選擇性研究計畫 9:

- 不適用
- 願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期
- 不願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

選擇性研究計畫 10:

- 不適用
- 願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期
- 不願意 _____ 姓名縮寫 _____ 日期

參加者簽名或法定授權代表

日期

法定授權代表與參加者關係

口譯員/見證人簽名

日期