

一般社団法人  
群馬県作業療法士会 会長 殿

## 「新人症例発表」同意書

私は一般社団法人 群馬県作業療法士会の「新人症例発表」について、下記の項目について十分に説明をいたしました。また、内容の詳細に対し質問する機会と、「新人症例発表」に協力することの是非を判断するための十分な時間を設けました。

### 【説明した項目】

1. 「新人症例発表」の目的
2. 「新人症例発表」の方法
3. 「新人症例発表」の活用範囲
4. 「新人症例発表」への協力と取りやめの自由について
5. 人権擁護と個人情報保護について
6. 「新人症例発表」を担当する作業療法士の氏名

説明作業療法士 \_\_\_\_\_ (自筆署名)

## 同 意 書

私は一般社団法人 群馬県作業療法士会の「新人症例発表」について、上記作業療法士より説明を受け、その内容を十分理解し、納得いたしました。

上記の作業療法士の「新人症例発表」に協力することに同意いたします。

### <対象者>

同意日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名（自筆署名）： \_\_\_\_\_ (ご本人)

代諾者： \_\_\_\_\_ (ご本人との続柄) ( \_\_\_\_\_ )

### <施設長・部門の責任者>

上記の作業療法士が本施設の所有する上記対象者に関する情報を使用し、「新人症例発表」を行うことに同意します。

同意日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名： \_\_\_\_\_

署 名： \_\_\_\_\_ 印