

非接種群（HPV ワクチンを接種しておられない方）

同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿

大阪産婦人科医会会長 殿

\_\_\_\_\_  
殿（各医療機関の長）

研究題目：日本における HPV ワクチンの細胞診異常予防効果に関する疫学研究

HPV ワクチンを接種していません

この研究へ参加することに同意します

データの2次利用に同意します

（同意いただける事項にチェック（し）を入れてください）

本人署名： \_\_\_\_\_（必須）

署名年月日（生年月日ではありません）： 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（必須）

担当医署名（記名・捺印も可）： \_\_\_\_\_<sup>Ⓔ</sup>（必須）

署名年月日： 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（必須）

代諾者（保護者等）署名（続柄）： \_\_\_\_\_（ ）

同席者（家族等）署名： \_\_\_\_\_

立会人（看護師等）署名（職名等）： \_\_\_\_\_（ ）