**ビデオライブ研修への協力依頼について**

（患者様氏名）　　　　　　　　　様

この度、カテーテル治療に際し、下記の要領でビデオライブ研修を行うことについてご協力いただきたく、お願い申し上げます。なお、この研修に協力するかどうかは、あなたの自由な意思でお決めください。ご協力いただけない場合でもあなたが治療で不利益を受けることはありません。また、一度同意した場合でもいつでも撤回可能です。

**記**

**１　ビデオライブ研修の目的と方法について**

この研修は、医学研究会においてカテーテル治療の普及と治療技術の向上などを通して、患者様により良い医療を提供することを目的として行われるものです。

そのため、研修参加者に対してカテーテル治療の状況を収録したビデオで放映（公開）し、その参加専門医とともに、最良の治療方法について検討を行うことになります。

**２　研修参加者について**

研修参加者は、この分野の医療に携わっている医師や看護師、技師などの医療従事者とそのための医療器具を製造販売している企業関係者などです。いずれも、カテーテル治療に関連する業務に携わっている方で、研修目的に相応しい方々に限られています。

**３　プライバシー保護について**

　　研修参加者には、患者様のプライバシーに関する事項（氏名・生年月日、診療年月日、出身地、居住地、家族・家系が特定される情報、個人が特定される写真、その他個人の特定に結びつく情報）は公開しません。

以上

○○○○○○○病院

院長　○○○○○○

説明医師　○○○○○○

|  |
| --- |
| **ビデオライブ研修への協力に関する承諾書**  年　　月　　日  ○○病院  院長　○○○○　殿  この度、カテーテル治療を受けるにあたり、担当医師より、カテーテル治療を公開するビデオライブ研修の内容について説明を受けました。つきましては、上記ビデオライブ研修のために、治療状況をビデオ収録しながらカテーテル治療を受けることを承諾いたします。  （患者様署名）：  （代筆者）：  ※自署が難しい場合は代筆または押印をお願いいたします。 |