

शिशुस्वीकृति पत्र

अध्ययन शीर्षक _____

अध्ययन संख्या _____

प्रतिभागी का पूर्णनाम (पिता के नाम के साथ) _____

जन्मतिथि/आयु _____

पता _____

मैं _____ में भाग लेने के लिए अपनी सहमति प्रदान करता हूँ। मुझे इस अध्ययन के उद्देश्य एवं किये जाने वाली प्रक्रिया के बारे में चिकित्सक द्वारा बताया गया है। मुझे पता है कि परीक्षण सम्बन्धी किसी क्षति जिसका परीक्षण की दवाइयों से हेतुक सम्बन्ध है उसका खर्च मेरे माता-पिता/अभिभावकों को वहन नहीं करना है। मुझे यह भी पता है कि मैं इस परीक्षण से किसी समय बिना कोई कारण बताये बहार हो सकता हूँ।

प्रतिभागी का हस्ताक्षर _____

प्रतिभागी का नाम _____

दिनांक _____

गवाह के हस्ताक्षर _____

दिनांक _____

गवाह का नाम _____

अन्वेषक के हस्ताक्षर _____

दिनांक _____

अध्ययन अन्वेषक का नाम _____

