**PHIẾU TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU**

*(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu không cần*

*bí mật danh tính)*

Họ và tên: ..................................................................................................................................

Năm sinh: ……………………………………………………………………………………..

Tuổi: ..........................................................................................................................................

Điện thoại: …………………………………………………………………………………….

Địa chỉ: .....................................................................................................................................

Sau khi được bác sĩ thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, và lợi ích của đối tượng tham gia vào nghiên cứu:……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

(Nghiên cứu viên: ………………………………………….Điện thoại:……………….. …….)

Tôi đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

………., ngày ......... tháng ..... năm

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Họ tên của người tham gia nghiên cứu**  *(Ký và ghi rõ họ tên)* |