

日期：

参与者同意书

感谢您分享您使用医疗服务的体验以帮助我们改善服务。填写这份表格是您同意参与、告诉我们可以如何使用您的信息的方式。

同意参与

- 我同意按照Participant Information Sheet（《参与者信息单张》）中的规定参加这项活动。我同意讲述我在新州医疗体系的体验。我明白我讲述的内容将用于改善整个医疗体系的服务质量。
- 我知道这项活动将按照《参与者信息单张》中的描述进行，我可以保留一份存查。我知道我的个人信息是保密的。
- 我知道，如果我参加这项活动，活动可能会被录像，对此我表示同意。
- 我参与本项目所包括的内容已经告诉了我，已知的或潜在的不便或风险也已经提出来了。
- 我知道我可以随时退出，不需要给出任何理由。我已经有机会提出问题并得到了我觉得满意的回答。
- 我同意参加这项活动。我已经理解了《参与者信息单张》中的信息。

姓名：

同意方式（请圈出）：书面/口头/电邮

签名（适用于书面同意）：

同意日期：

同意程序负责人的声明

我已经向上述参与者全面解释了这项研究。特此声明。

姓名：

签名：

日期：

允许的和不允许的信息使用方式

我同意我的信息可以用以下列方式使用（请打勾）：

在报告、演讲、培训材料中和网站上可以书面引用（去除身份识别信息）。

在报告、演讲、培训材料和网站等资料中可以概述、使用我的经历（去除身份识别信息）。

在报告、演讲、培训材料中和网站上可以使用我的照片。

姓名：

同意方式（请圈出）：书面/口头/电邮

签名（适用于书面同意）：

同意日期：

同意程序负责人的声明

我已经向上述参与者全面解释了这项研究。特此声明。

姓名：

签名：

日期：