

日期：

## 參與者同意書

感謝您分享您使用醫療服務的體驗以說明我們改善服務。填寫這份表格是您同意參與、告訴我們可以如何使用您的資訊的方式。

### 同意參與

- 我同意按照Participant Information Sheet（《參與者資訊單張》）中的規定參加這項活動。我同意講述我在新州醫療體系的體驗。我明白我講述的內容將用於改善整個醫療體系的服務品質。
- 我知道這項活動將按照《參與者資訊單張》中的描述進行，我可以保留一份存查。我知道我的個人資訊是保密的。
- 我知道，如果我參加這項活動，活動可能會被錄影，對此我表示同意。
- 我參與本項目所包括的內容已經告訴我了，已知的或潛在的不便或風險也已經提出來了。
- 我知道我可以隨時退出，不需要給出任何理由。我已經有機會提出問題並得到了我覺得滿意的回答。
- 我同意參加這項活動。我已經理解了《參與者資訊單張》中的資訊。

姓名：

同意方式（請圈出）：書面/口頭/電郵郵

簽名（適用於書面同意）：

同意日期：

## 同意程式負責人的聲明

我已經向上述參與者全面解釋了這項研究。特此聲明。

姓名：

簽名：

日期：

## 允許的和不允許的資訊使用方式

我同意我的資訊可以用以下列方式使用（請打勾）：

在報告、演講、培訓材料中和網站上可以書面引用（去除身份識別資訊）。

在報告、演講、培訓材料和網站等資料中可以概述、使用我的經歷（去除身份識別資訊）。

在報告、演講、培訓材料中和網站上可以使用我的照片。

姓名：

同意方式（請圈出）：書面/口頭/電郵

簽名（適用於書面同意）：

同意日期：

## 同意程式負責人的聲明

我已經向上述參與者全面解釋了這項研究。特此聲明。

姓名：

簽名：

日期：