

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：赵天翌 联系方式：13065601014 日期：2022年7月8日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：王

日期：日期：2022年7月8日

联系方式：（手机）15967200913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 骆晞 联系方式： 13567895984 日期： 2022 年 8 月 7 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： [Signature] 日期： 2022 年 8 月 7 日

联系方式：（手机） 159 67800911

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 洪梓修 联系方式： 13367857058 日期： 2023年3月26日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 洪梓修 日期： 2023 年 3 月 26 日

联系方式：（手机） 15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 宣嘉齐 联系方式： 13456177178 日期： 2022年9月6日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 汪 日期： 2022年9月6日
联系方式：（手机） 1368582366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 严辰硕 联系方式： 13777219116 日期： 2022年 5月 4日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 逄海英 日期： 2022年 5月 4日
联系方式：（手机） 13685873666

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：钟梓航 联系方式： 日期：2023年4月21日

代理人签名：（如需要） ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日 ；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 日期：2023年4月21日

联系方式：（手机） 15967800912

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 陈昊杰 联系方式： 13780018762 日期： 2022 年 5 月 18 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 徐晓红 日期： 2022 年 5 月 18 日
联系方式：（手机） 13685873366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 吴梅 联系方式： _____ 日期： 2022 年 7 月 8 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 王梅

日期： 2022 年 7 月 8 日

联系方式：（手机） 15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 王冰彬 联系方式： 13777953271 日期： 2023年 4月 11日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 潘晓 日期： 2023年 4月 11日
联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 杨驭皓 联系方式： _____ 日期： 2023 年 1 月 1 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 2/15 日期： 2023 年 1 月 1 日
联系方式：（手机） 15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）朱君；与受试者关系母子

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：_____

日期：日期：2022年10月13日

联系方式：（手机）15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 殷卓豪 联系方式： _____ 日期： 2022年 8月 3日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 王

日期： 2022年 8月 3日

联系方式：（手机）

15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 冯子航 联系方式： 18521791818 日期： 2022年10月30日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 廖晓 日期： 2022年10月30日
联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）陈红敏；与受试者关系母女

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：_____

日期：日期：2022年10月23日

联系方式：（手机）

15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：高晓之 联系方式：17705842598 日期：2022年10月13日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：朱晨雨 日期：2022年10月13日

联系方式：（手机）18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：王辰 联系方式： 日期：2022年 7月 1日

代理人签名：(如需要) ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日 ；

见证人：(如需要)： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 日期：2022年 7月 1日
联系方式：(手机) 15967800913

日期：2022年 7月 1日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：胡瀚 联系方式： 日期：2022年10月23日

代理人签名：（如需要） ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日 ；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 王

日期：日期：2022年10月13日

联系方式：（手机）15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：白子煜 联系方式： 日期： 年 月 日

代理人签名：（如果需要）白旭；与受试者关系父子

联系方式 15058460171 日期：2022年10月23日；

见证人：（如果需要） 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 日期： 日期：2022年10月23日

联系方式：（手机）15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 徐子皓 联系方式： 13123818002 日期： 2022年 9月 15日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 张立强 日期： 2022年 9月 15日
联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：包梓洋 联系方式：18788735850 日期：2023年2月17日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：朱晨雨 日期：2023年2月17日
联系方式：（手机）189 6828 2046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 余晨燕 联系方式： 13780010825 日期： 2023年3月23日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 廖健君 日期： 2023年3月23日
联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）刘瑾巧；与受试者关系 母亲

联系方式 _____ 日期：2022年10月25日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：_____ 日期：日期：2022年10月27日

联系方式：（手机）15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：张朱晨 联系方式：13887821242 日期：2023年2月19日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 日期： 日期：2023年2月19日
联系方式：（手机）13685873366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 王梓好 联系方式： 13857665030 日期： 2023年4月25日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 陆永明 日期： 2023年4月27日
联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 陈嘉承 联系方式： _____ 日期： 2022 年 5 月 1 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 江

日期：日期： 2022 年 5 月 1 日

联系方式：（手机） 15967209113

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 郭礼睿 联系方式： 18966238235 日期： 2023年8月12日

代理人签名：（如果需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如果需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 

日期： 2023年8月12日

联系方式：（手机） 15967809913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）高威；与受试者关系 父子

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：_____
联系方式：（手机）15917200911

日期：日期：2022年10月13日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）顾向军；与受试者关系父子

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：_____

日期：日期：2022年10月23日

联系方式：（手机）15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 赵婉清 联系方式： 13023771172 日期： 2021 年 7 月 19 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨雨 日期： 2021 年 7 月 19 日

联系方式：（手机） 189 1828 2046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 徐永祥 联系方式： 13216604336 日期： 2022年6月17日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 丁燕

日期： 2022 年 6 月 17 日

联系方式：（手机） 15967809113

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 卢嘉斌 联系方式： 13336627685 日期： 2022 年 8 月 29 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱昆雨 日期： 2022 年 8 月 29 日
联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）刘芳；与受试者关系母女

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：沈
联系方式：（手机）13685823366

日期：日期：2022年10月23日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）王生；与受试者关系父女

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘晓

日期：日期：2022年10月23日

联系方式：（手机）13685823666

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）叶立军；与受试者关系父女

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：廖志坚

日期：日期：2022年10月23日

联系方式：（手机）13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 潘星东 联系方式： _____ 日期： 2022 年 10 月 11 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 王林 日期： 2022 年 10 月 11 日

联系方式：（手机） 15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：胡金楷 联系方式： 日期：2022年8月23日

代理人签名：（如需要） ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日 ；

见证人：（如需要） 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 日期：2022年8月13日

联系方式：（手机） 15967200713

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）金鑫；与受试者关系父女

联系方式 13486491513 日期：2021年12月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：王欣

日期：日期：2021年12月23日

联系方式：（手机）15967600911

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 齐强 联系方式： 15661828713 日期： 2022 年 9 月 19 日

代理人签名：（如果需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如果需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 齐强 日期： 2022 年 9 月 19 日
联系方式：（手机） 1368582366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 陈梓航 联系方式： 13486 616276 日期： 2022 年 8 月 8 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 汪 日期： 2022 年 8 月 8 日

联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 齐瑞 联系方式： 18667828973 日期： 2022年5月9日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 徐晓 日期： 2022年5月9日
联系方式：（手机） 13685873366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 姚子涵 联系方式： _____ 日期： 2022年10月15日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱昆雨 日期： 2022年10月15日
联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：高荣杰 联系方式： 日期：2022年10月16日

代理人签名：（如需要） ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日 ；

见证人：（如需要） 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：朱景雨 日期：2022年10月16日
联系方式：（手机）18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）何刚立；与受试者关系父子

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：_____

日期：日期：2022年10月13日

联系方式：（手机）15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）应静东；与受试者关系父女

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘品名
联系方式：（手机）13685823366

日期：2022年10月23日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 姚溪辰 联系方式： 15868872927 日期： 2022年10月26日

代理人签名：（如果需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如果需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨雨 日期： 2022年10月26日
联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 王清根 联系方式： 17606586268 日期： 2023年5月4日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 潘科 日期： 2023年5月4日
联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）李燕；与受试者关系父子

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：张
联系方式：（手机）13685823366

日期：日期：2022年10月23日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）张欣；与受试者关系父女

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘慧
联系方式：（手机）13685823366

日期：2022年10月23日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：高翔博 联系方式：15817424319 日期：2023年3月19日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：朱晨雨

日期：日期：2023年3月19日

联系方式：（手机）18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：周仕延 联系方式： 日期：2022年6月21日

代理人签名：（如需要） ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日 ；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：朱晨翔 日期：2022年6月21日
联系方式：（手机）18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：张思远 联系方式：15167340072 日期：2022年9月29日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：朱晨雨 日期：2022年9月29日
联系方式：（手机）18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：虞宇豪 联系方式： 日期：2022年8月9日

代理人签名：（如需要） ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日 ；

见证人：（如需要） 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 日期： 日期：2022年8月9日

联系方式：（手机） 1596800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）殷维敏；与受试者关系父女

联系方式 _____ 日期2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘慧之

日期：日期：2022年10月23日

联系方式：（手机）136858 23266

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：周家栋、联系方式：____日期：2021年8月31日

代理人签名：（如需要）____；与受试者关系____

联系方式____日期：____年____月____日；

见证人：（如需要）：____联系方式：____日期：____年____月____日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：____日期：2021年8月31日
联系方式：（手机）13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 赵耀伟 联系方式： _____ 日期： 2023年 7月 16日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____年 _____月 _____日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____年 _____月 _____日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 洪慧芳 日期： 2023年 7月 16日

联系方式：（手机） 136818 23366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 陈泽星 联系方式： _____ 日期： 2022 年 6 月 24 日

代理人签名：（如需要） _____； 与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 范建红 日期： 2022 年 6 月 24 日
联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 李静 联系方式： _____ 日期： 2022 年 12 月 21 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 李静

日期： 2022 年 12 月 21 日

联系方式：（手机） 15978009113

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：王梓懿 联系方式：18688889145 日期：2022年10月11日

代理人签名：(如需要) _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期：____年__月__日；

见证人：(如需要)： _____ 联系方式： _____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：[Signature] 日期：2022年10月11日

联系方式：(手机) 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 胡瀚 联系方式： 13705747743 日期： 2022年7月16日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 潘剑
联系方式：（手机） 13685823566

日期：日期： 2022年7月16日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 苏染染 联系方式： _____ 日期： 2022年12月3日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 潘晓峰 日期： 2022年12月3日
联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）陈伟华；与受试者关系父子

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：陈伟华
联系方式：（手机）13685873366

日期：日期：2022年10月23日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 张祥修 联系方式： 13567857056 日期： 2022年6月25日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨雨 日期： 2022年6月25日

联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：董月彬 联系方式：17076252213 日期：2022年6月10日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：周赵伟 日期：2022年6月10日
联系方式：（手机）13566018344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 尤祥 联系方式： 13717206462 日期： 2023年4月6日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周越祯

日期： 2023年4月3日

联系方式：（手机） 13566018344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 何紫馨 联系方式： 13081930261 日期： 2023年2月13日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱龙雨 日期： 2023年2月13日
联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 沈向晨， 联系方式： 13806644275 日期： 2023年 1月 16日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱启雨 日期： 2023年 1月 16日
联系方式：（手机） 15968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：冯承光 联系方式：18968282046 日期：2022年5月21日

代理人签名：（如需要）_____；与受试者关系_____

联系方式 _____ 日期：____年__月__日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：余晨丽 日期：2022年5月21日
联系方式：（手机）18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 孙景耘 联系方式： 13736006161 日期： 2022 年 7 月 20 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨丽 日期： 2022 年 7 月 20 日
联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）陈丹红；与受试者关系 母子

联系方式 13967882469 日期：2021年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：陈丹红
联系方式：（手机）1365182366

日期：2021年10月23日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 陈政泽 联系方式： _____ 日期： 2022年 5月 7日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 王松

日期： 2022年 5月 7日

联系方式：（手机） 15917800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 史向前 联系方式： _____ 日期： 2022年11月27日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 史向前

日期： 2022年11月27日

联系方式：（手机） 15967809911

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 吴文文 联系方式： _____ 日期： 2023 年 12 月 27 日
代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____
联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；
见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 王燕 日期： 2023 年 12 月 27 日
联系方式：（手机） 15967800911

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：王林妍 联系方式： 日期：2023年4月20日

代理人签名：（如需要） ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日 ；

见证人：（如需要） 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 日期：2023年4月20日

联系方式：（手机） 15967800917

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：王胤琪 联系方式：15824218456 日期：2023年1月9日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：周赵伟
联系方式：（手机）1356608344

日期：日期：2023年1月9日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 阿宝 联系方式： _____ 日期： 2022 年 11 月 19 日

代理人签名：（如需要） _____； 与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周赵伟
联系方式：（手机） 135 660 183 44

日期： 2022 年 11 月 19 日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 邱浚恩 联系方式： 15050106986 日期： 2022 年 9 月 23 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 王洪

日期： 2022 年 9 月 13 日

联系方式：（手机） 15967800911

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 钱辰 联系方式： 15957406822 日期： 2023 年 3 月 22 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 王燕 日期： 2023 年 3 月 22 日
联系方式：（手机） 15967800911

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 韩熙新 联系方式： 13516781298 日期： 2022年8月16日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 张 日期： 2022年8月16日

联系方式：（手机） 15967800911

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 沈毅 联系方式： 18267875110 日期： 2022年 6月 6日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨雨 日期： 2022年 6月 6日
联系方式：（手机） 1896882046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：夏思商 联系方式：15968087223 日期：2022年5月2日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘翊筠 日期：2022年5月2日
联系方式：（手机）13685873366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 王必晨 联系方式： 15990218264 日期： 2022年 5月 22日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 潘世明 日期： 2022年 5月 22日

联系方式：（手机） 1368582366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 钱景行 联系方式： 15888100607 日期： 2023 年 4 月 11 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 范 日期： 2023 年 4 月 11 日
联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 赵叶子棋 联系方式： 13586576581 日期： 2022年5月18日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 潘晓红 日期： 2022年5月18日
联系方式：（手机） 13685873366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：邵宇轩 联系方式：13646641463 日期：2022年12月31日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘虹 日期：2022年12月31日
联系方式：（手机）13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 杨高军 联系方式： 1381986193 日期： 2023 年 1 月 6 日

代理人签名：（如果需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如果需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 汪慧 日期： 2023 年 1 月 6 日
联系方式：（手机） 13685823866

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 毛可菲 联系方式： 15257892647 日期： 2022 年 9 月 11 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周赵伟
联系方式：（手机） 13566018344

日期： 2022 年 9 月 11 日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 周沫 联系方式： 13669884787 日期： 2023 年 3 月 8 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 徐其山 日期： 2023 年 3 月 8 日
联系方式：（手机） 1368582366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 李煜东 联系方式： 18011469455 日期： 2023 年 2 月 10 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨丽 日期： 2023 年 2 月 10 日

联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 叶赐盛 联系方式： 13586618617 日期： 2022 年 6 月 27 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周赵伟
联系方式：（手机） 13566018344

日期： 2022 年 6 月 27 日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 李欣瑶 联系方式： 13586684622 日期： 2022年10月22日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周赵祥 日期： 2022年10月22日
联系方式：（手机） 13566018344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 杨国凡 联系方式： _____ 日期： 2022年12月27日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周友神
联系方式：（手机） 13566018344

日期： 2022年12月27日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 陈曦 联系方式： _____ 日期： 2023年4月8日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨丽 日期： 2023年11月30日

联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 方梓轩 联系方式： 13705740564 日期： 2022年6月7日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱光甫 日期：日期 2022年11月30日
联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）周娜；与受试者关系母女

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：朱晨雨 日期：2022年10月23日

联系方式：（手机）1896828264

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）周文波；与受试者关系父子

联系方式 _____ 日期：2022年 10月 23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：_____朱晨雨_____
联系方式：（手机）189 6828 2046

日期：日期：2022年 10月 23日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）郑生晓；与受试者关系父子

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：_____朱晨雨_____
联系方式：（手机）1896882046

日期：日期：2022年10月23日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 徐宝宝 联系方式： _____ 日期： 2022年11月28日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周赵伟
联系方式：（手机） 13566018344

日期： 2022年11月28日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 邓霞奕 联系方式： 18967134898 日期： 2022 年 8 月 11 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨丽 日期： 2022 年 8 月 11 日
联系方式：（手机） 1896882046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 王思薇 联系方式： 13567800060 日期： 2022年 7月 21日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱昆丽 日期： 2022年 7月 21日
联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 高翔博 联系方式： 15067424319 日期： 2022 年 12 月 20 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱佳丽 日期： 2022 年 12 月 20 日
联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：郭翠华 联系方式： 日期：2023年 2月 5日

代理人签名：（如需要） ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日 ；

见证人：（如需要） 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：周赵伟
联系方式：（手机）135 6601 8344

日期：2023年 2月 5日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 悦悦 联系方式： _____ 日期： 2023年4月9日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周越祎
联系方式：（手机） +3566018344

日期： 2023年4月9日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 胡嘉煌 联系方式： 13776491382 日期： 2022年5月8日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周起伟
联系方式：（手机） 13566018344

日期： 2022年5月8日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 张欣然 联系方式： 18910262675 日期： 2022 年 5 月 14 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 余佳丽 日期： 2022 年 5 月 14 日
联系方式：（手机） 18918282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 王彦博 联系方式： 13276746620 日期： 2023年5月5日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱景阳 日期： 2023年5月5日

联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）杨声海；与受试者关系父女

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘明山

日期：2021年10月23日

联系方式：（手机）13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 顾宸屹 联系方式： 158 69301082 日期： 2022年5月3日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周赵祎 日期： 2022年5月3日
联系方式：（手机） 13566018344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 叶宇宸 联系方式： 1525745⁰⁰⁰² 日期： 2022年7月28日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周亚祥 日期： 2022年7月28日
联系方式：（手机） 13566018344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 王梓莹 联系方式： _____ 日期： 2023年 2月 1日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周敏 日期： 2023年 2月 1日
联系方式：（手机） 13566018344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：张维晋 联系方式：13221956217 日期：2022年5月1日

代理人签名：（如需要）_____；与受试者关系_____

联系方式 _____ 日期：____年__月__日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：周淑伟
联系方式：（手机）13566018344

日期：2022年5月1日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 薛清路 联系方式： 15238262714 日期： 2023年1月4日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨雨 日期： 2023年7月15日

联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：戴依涵 联系方式：13206058241 日期：2022年5月28日

代理人签名：（如需要）_____；与受试者关系_____

联系方式 _____ 日期：____年____月____日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年____月____日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：朱晨丽 日期：2022年5月28日

联系方式：（手机）18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 王允皓 联系方式： 13616883984 日期： 2022 年 7 月 4 日

代理人签名：（如果需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如果需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨雨 日期： 2022 年 7 月 4 日
联系方式：（手机） 1896882046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 王俊仰 联系方式： 13967624964 日期： 2023年6月4日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨雨 日期： 2023年6月4日

联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 刘战雄 联系方式： 18058881935 日期： 2023年6月1日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨丽

日期： 2023年6月9日

联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 姚 联系方式： _____ 日期： 2024 年 2 月 3 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 22

日期：日期： 2024 年 2 月 3 日

联系方式：（手机） 15967800911

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 吴主 联系方式： _____ 日期： 2023年3月9日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 吴主

日期： 2023年3月9日

联系方式：（手机） 15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：张芷 联系方式： 日期：2022年11月31日

代理人签名：（如需要） ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日 ；

见证人：（如需要） 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 日期： 日期：2022年11月31日

联系方式：（手机） 15967800911

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 陈平 联系方式： 13861817164 日期： 2022年5月28日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周延祥 日期： 2022年5月28日
联系方式：（手机） 13566018344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 徐永强 联系方式： 13515647495 日期： 2022年9月7日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要） _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱景雨 日期： 2022年9月7日
联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 徐岳 联系方式： _____ 日期： 2023 年 3 月 24 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 王/张

日期：日期： 2023 年 3 月 24 日

联系方式：（手机） 15967800913

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 陈皓 联系方式： 15303943660 日期： 2022年 12月 12日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 潘 日期： 2022年 12月 12日
联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 金哲 联系方式： 13567847810 日期： 2022年10月10日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨雨 日期： 2022年10月10日
联系方式：（手机） 189 68282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：周子轩 联系方式：13777096665 日期：2022年6月5日

代理人签名：（如需要）_____；与受试者关系_____

联系方式 _____ 日期：____年____月____日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年____月____日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：周赵祯 日期：2022年6月5日
联系方式：（手机）13506601834

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 李宇成 联系方式： 13857467582 日期： 2023年2月21 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱昆丽 日期： 2023 年 7 月 15 日
联系方式：（手机） 189 68282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 陈祥强 联系方式： 13777121945 日期： 2023 年 7 月 5 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨丽 日期： 2023 年 7 月 15 日
联系方式：（手机） 189 6828 2046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 聂可馨 联系方式： 1588817301 日期： 2022 年 8 月 8 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周淑祎 日期： 2022 年 8 月 8 日
联系方式：（手机） 13566018344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）陈峰毅；与受试者关系父女

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘世

日期：日期：2022年10月23日

联系方式：（手机）136 858 23366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）张海霞；与受试者关系母女

联系方式 13884450926 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：陈世

日期：日期：2022年10月23日

联系方式：（手机）13687873666

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）李战红；与受试者关系父子

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：李战红
联系方式：（手机）13685823366

日期：日期：2022年10月23日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）徐辉；与受试者关系母子

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：张
联系方式：（手机）13688823366

日期：日期：2022年10月23日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）梁磊；与受试者关系父子

联系方式 13884466004 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘剑云 日期：2022年10月23日
联系方式：（手机）13685873366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 卢嘉润 联系方式： 13958223571 日期： 2022 年 5 月 17 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨丽 日期： 2022 年 5 月 17 日
联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：喻博涵 联系方式：15248519997 日期：2022年11月14日

代理人签名：（如需要）_____；与受试者关系_____

联系方式 _____ 日期：____年__月__日；

见证人：（如需要）_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘旭东 日期：2022年11月14日

联系方式：（手机）13685873366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 郑年知 联系方式： 13731194350 日期： 2022年6月7日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周超伟
联系方式：（手机） 135 66018344

日期： 2022年6月7日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：刘思一 联系方式： 日期：2022年7月2日

代理人签名：（如需要） ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日 ；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：周亚伟
联系方式：（手机）13566018344

日期：日期：2022年7月2日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 许怀彬 联系方式： 18657457236 日期： 2022年5月16日

代理人签名：（如需要） _____； 与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周叔伟 日期： 2022年5月16日
联系方式：（手机） 13566018344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 丁博维 联系方式： 15257862538 日期： 2022 年 8 月 3 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周越林 日期： 2022 年 8 月 3 日

联系方式：（手机） 13566018344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 范韵琴 联系方式： 13683606611 日期： 2023年11月13日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨丽 日期： 2023年11月13日

联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：杨韩林 联系方式：18768171437 日期：2023年3月1日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 日期：2023年3月1日
联系方式：（手机）13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：钟倩倩 联系方式：13656291240 日期：2022年10月14日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：朱晨雨 日期：2022年10月14日
联系方式：（手机）18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：洪智皓 联系方式：15000142720 日期：2022年12月18日

代理人签名：（如需要） ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：洪智皓 日期：2022年12月18日
联系方式：（手机）13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：周少 联系方式：13967829729 日期：2022年11月18日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 日期：2022年11月18日
联系方式：（手机）13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：梁锦洪 联系方式：13566014478 日期：2023年1月11日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 日期： 日期：2023年1月11日
联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 汤乐怡 联系方式： _____ 日期： 2023 年 4 月 11 日

代理人签名：（如需要） _____； 与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 梁健名 日期： 2023 年 4 月 11 日
联系方式：（手机） 13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：曹羽 联系方式：188 58436692 日期：2023 年 2 月 11 日

代理人签名：（如果需要）_____；与受试者关系_____

联系方式 _____ 日期：____ 年 ____ 月 ____ 日；

见证人：（如果需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____ 年 ____ 月 ____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘科伟 日期：2023 年 2 月 11 日
联系方式：（手机）1368587366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）朱文斌；与受试者关系父子

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：_____朱晨雨_____

日期：日期：2022年10月21日

联系方式：（手机）18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：孔令飞 联系方式：183 95875157 日期：2022年11月24日

代理人签名：（如需要）_____；与受试者关系_____

联系方式 _____ 日期：____年__月__日；

见证人：（如需要）_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：洪皓 日期：2022年11月24日

联系方式：（手机）13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 陈怡君 联系方式： 13777256797 日期： 2023 年 3 月 20 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 潘科新

日期：日期： 2023 年 3 月 20 日

联系方式：（手机） 13685823266

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 周子皓 联系方式： 13884453478 日期： 2023年 2月 11日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 潘世豪 日期： 2023年 2月 11日
联系方式：（手机） 13688828366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）徐燕东；与受试者关系父女

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘兴书

日期：2022年10月23日

联系方式：（手机）13685873366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 袁耀宸 联系方式： 13857878868 日期： 2022年6月8日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱昆丽 日期： 2022年8月16日
联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 邓立诚 联系方式： 189676588 日期： 2023年8月16日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨丽 日期： 2023年8月16日

联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 朱常送 联系方式： 13917632601 日期： 2023年6月25日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨丽 日期： 2023年6月25日

联系方式：（手机） 18968282046

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 卢洲翔 联系方式： 13857893767 日期： 2023 年 3 月 27 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 朱晨丽 日期： 2023 年 3 月 27 日
联系方式：（手机） 1896828246

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 冯安茹 联系方式： 18658488747 日期： 2022 年 10 月 11 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周亚伟 日期： 2022 年 10 月 11 日
联系方式：（手机） 13566618344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 郑清欢 联系方式： 13456140680 日期： 2023 年 2 月 14 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周越祥 日期： 2023 年 2 月 14 日
联系方式：（手机） 135 669 8344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 张文棋 联系方式： _____ 日期： 2022 年 5 月 6 日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周亚科 日期： 2022 年 5 月 6 日
联系方式：（手机） 13566018344

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：张建军 联系方式： 日期：2022年 11月 7日

代理人签名：（如需要） ；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日 ；

见证人：（如需要） 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：周亚伟
联系方式：（手机） 13566018364

日期：日期：2022年 11月 7日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

代理人签名：（如需要）徐驰；与受试者关系父子

联系方式 _____ 日期：2022年10月23日；

见证人：（如需要）：_____ 联系方式：_____ 日期：____年__月__日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：潘名

日期：日期：2022年10月23日

联系方式：（手机）13685823366

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名： 邵梓鑫 联系方式： _____ 日期： 2023年5月18日

代理人签名：（如需要） _____；与受试者关系 _____

联系方式 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日；

见证人：（如需要）： _____ 联系方式： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名： 周越祯
联系方式：（手机） 13566018344

日期： 2023年5月18日

我确认已阅读并理解了本研究的知情同意书，自愿接受本研究中的治疗方法，并同意将我的医疗数据用于本研究的发表。

患者签名：俞阳睿 联系方式：1368864443 日期：2022年11月30日

代理人签名：（如需要）；与受试者关系

联系方式 日期： 年 月 日；

见证人：（如需要）： 联系方式： 日期： 年 月 日

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，包括其权力以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者签名：朱晨雨 日期：2022年11月30日
联系方式：（手机）18968282046