

済生会松阪総合病院長 殿

診療情報・試料等を医学研究・教育へ利用することについての不同意確認書

私は、診療情報・試料等を医学研究や教育に利用することについての説明を理解し、以下の通り判断しました。(以下の□にチェック✓してください。)

「医学研究・教育のための診療情報・試料等の利用」について同意しません。

署名した日 : 西暦 年 月 日

診察券番号 : _____

本人氏名 : _____

(自署または代諾者の代筆)

生年月日 : 西暦 年 月 日

保護者(18歳未満の場合)または代諾者の署名を以下にお願いします。

保護者または代諾者氏名 : _____

続柄 ()

職員記入欄(職員以外は記入しないでください)

受領日 西暦 年 月 日

受領者 職・氏名