

この確認書は診療情報・試料等を医学研究に利用させていただくことについて同意いただけない場合のみ提出してください。

なお、確認書が提出されない場合は同意いただいたものとさせていただきます。

魚沼基幹病院

病院長 宛

診療情報・試料等を医学研究へ利用することについての不同意確認書

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

☐ 診療情報・試料等が医学研究へ利用されることに同意しません。

署名した日：西暦 年 月 日

診察券番号： _____

本人の氏名： _____

（自書または代諾者の代筆）

生年月日 西暦 年 月 日（ ）歳

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 _____

続柄等（ ）

病院使用欄

受領日 西暦 年 月 日 受領者名 _____