

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申請書

この確認書は診療情報・試料等を医学研究・教育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に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。

やまびこ医療福祉センター院長 宛

私は、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・試料等の医学研究・教育への利用に同意しません。

申請日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■ 本人情報

本人氏名: _____ （自署または代諾者の代筆）

生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■ 保護者または代諾者（必要な場合のみ）

保護者または代諾者氏名: _____

続柄等（ ）

.....

（センター側記入欄）

患者番号: _____

受領日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受領者名: _____

事務処理日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

登録者名: _____

総務係（窓口）→医事係（入力）→総務係（保管）