

この意思確認書は、「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」に同意いただけない場合にのみ提出してください。

なお、意思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。

医療法人社団三結会みつば脳神経クリニック院長 宛

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意思確認書

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 (自署または保護者の代筆)

生年月日 西暦 年 月 日 () 歳

未成年者(20歳未満)の場合は、保護者の署名を以下にお願いします。

保護者氏名 続柄 ()