

札幌南三条病院病院長 宛

診療情報、残余検体を臨床研究へ利用することについての不同意書

私は、診療情報・残余検体を臨床研究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。）

「臨床研究のための診療情報・残余検体の利用」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            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 (       )

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