

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。

国立研究開発法人国立成育医療研究センター病院長 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 ()