

# 同意書

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター理事長 殿

私は別紙「データ活用・検体保存のお願い」の説明を理解し

1. 「診療データの活用」に  同意します  
 同意しません
2. 「皮膚の写真データ提供」に  同意します  
 同意しません
3. 「血液検体の保存」に  同意します  
 同意しません

平成 年 月 日

診察券番号 \_\_\_\_\_

患者様のお名前 \_\_\_\_\_

保護者のお名前 \_\_\_\_\_

ご住所： \_\_\_\_\_