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.　「血液検体の保存」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

令和　　年　　月　　日

診察券番号 _____

患者さんのお名前 _____

保護者のお名前 _____

ご住所: _____