

JCHO 高岡ふしき病院 院長 宛

診療・健診情報等を臨床研究に利用することについての意思確認書

私は、自身の診療・健診情報等を臨床研究に利用することに同意しません。

_____年 _____月 _____日

本人氏名 _____ (本人自署または保護者代筆)

生年月日 _____年 _____月 _____日

(本人が 18 才未満の場合)

保護者氏名 _____ (自署) 続柄 (_____)

◇ この意思確認書は、臨床研究利用に同意されない場合のみご提出ください。