この確認書は診療情報を臨床研究に利用させていただくことについて

同意いただけない場合にのみ提出して下さい。

なお、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。

大阪重粒子線センター　センター長 宛

**診療情報を臨床研究へ利用することについての不同意確認書**

診療情報の臨床研究への利用に同意しません。

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：

続柄等（　　　　　　　　　　　　　　）

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

病院使用欄

受領日 西暦　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 受領者名