

診療情報・試料を医学・薬学研究や教育へ利用することについての不同意確認書

兵庫県立ひょうごこころの医療センター 院長 宛

私は、診療情報・試料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た上で協力を同意しません。

____年 ____月 ____日

本人(患者様)氏名 _____ (自筆)

診察券番号 _____

代諾者氏名 _____ (自筆)
本人との関係 _____

※記載上の留意事項

- 次のいずれかに該当する場合は、代諾者(保護者、後見人など)の方が、日付、本人氏名、診察券番号及び代諾者氏名、本人との関係を記載してください。
 - 疾病等の理由により、ご本人による判断、記載が困難な場合
 - ご本人が未成年の場合
- この不同意確認書は、医事企画課受付に提出してください。