

臨床研究への試料・情報提供の不同意確認書

市立函館病院長 様

私は、自身の診療過程で得られた試料や情報などについて、臨床研究に供されることを望みませんので、これを使用しないことを請求します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

診察券番号

承認番号

研究名称

※ 一切の研究に使用しないことを希望される方はすべてと記載して下さい。

<代理の方が請求される場合>

代理人住所

代理人氏名

本人との続柄

※ この請求をするかどうかは、あなた様の治療とは何ら関係がなく、請求された場合でも不利益を受けることは一切ありません。