

毛細血管採血検査結果・診療情報等を

医学研究へ利用することについての不同意確認書

この不同意確認書は、「指先からの毛細血管採血検査の方針と得られた結果の研究活用について」に同意いただけない場合にのみ提出してください。なお、不同意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。

井上こどもクリニック 院長 宛

診療情報・試料等を医学研究・教育へ利用することについての不同意確認書

私は、指先からの毛細血管採血検査の方針と得られた結果の研究活用についての説明を理解し、以下の通り判断しました。

「指先からの毛細血管採血検査の方針と得られた結果の研究活用」について
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（自署または保護者の代筆） _____

生年月日 西暦____年__月__日（____）歳

未成年者（20 歳未満）の場合は、保護者の署名を以下にお願いします。

保護者氏名 _____ 続柄（____）