

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、「出生順と突発性発疹発症月齢」の研究に同意いただけない場合にのみ提出をお願いします。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

不同意確認書

私は、診療情報を医学研究に利用することについての説明を理解し、以下の通り判断しました。

「出生順と突発性発疹発症月齢」研究に診療情報を利用することに

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（自署または保護者の代筆） _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）歳

保護者の署名を以下をお願いします。

保護者氏名