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、「突発性発疹発症月齢と熱性けいれん合併の検討」への診療情報の利用を希望されない場合のみご提出ください。提出されない場合は、研究への利用に同意いただいたものとして取り扱います。

井上こどもクリニック　院長

不同意確認書

私は、本研究についての説明を読み、内容を理解したうえで、「突発性発疹発症月齢と熱性けいれん合併の検討」に診療情報を利用することを希望しません。

署名日：西暦　　年　　月　　日

診察券番号：

本人氏名（自署または保護者代筆）：

生年月日：西暦　　年　　月　　日

保護者氏名：　　続柄（　　）