

臨床研究への試料・診療情報提供の不同意確認書

むつ総合病院長 様

私は、自身の診療過程で得られた過去も含む試料や診療情報などについて、すべての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。

請 求 日	平成 年 月 日
住 所	
氏 名	

【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、何ら不利益を受ける事は一切ありません。