

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院長 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、診療情報・試料等を医学研究や教育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。（以下の□にチェック✓してください。）

「医学研究・教育のための診療情報・試料等の利用」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：\_\_\_\_\_

（自署または代諾者の代筆）

・生年月日：西暦 年 月 日（ ）歳

※保護者（18歳未満の場合）または代諾者の署名を以下にお願いします。

保護者または代諾者氏名：\_\_\_\_\_

続柄（ ）

職員記入欄（職員以外は記入しないでください）

受領日 西暦 年 月 日

受領者 職・氏名