

試料等の研究目的利用に関する不同意書

国立病院機構千葉医療センター千葉東病院
院長 殿

私は、診療に伴い発生する試料等の医学研究への利用についての
同意（包括的同意）について了承することができません。

不同意 同意の撤回

【署名欄】 不同意・同意の撤回 年月日： 年 月 日

患者氏名（本人署名）： _____

患者氏名（代理署名）： _____

本人との続柄： _____

患者氏名（代諾署名）： _____

本人との続柄： _____

住 所： _____

電話番号： _____

生年月日： _____

患者番号： _____

【病院確認欄】 病院確認日： 年 月 日