

この確認書は診療情報・試料等を医学研究・教育に利用させていただくことについて同意いただけない場合にのみ提出して下さい。なお、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。

大宮シティクリニック理事長 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・教育へ利用することについての説明を理解し、以下のとおり判断しました。(以下の□にチェック✓して下さい。)

診療情報・試料等の医学研究・教育への利用に同意しません。

|                                   |              |
|-----------------------------------|--------------|
| 署名した日                             | 西暦 年 月 日     |
| 登録番号                              |              |
| 本人氏名<br>(自署または代諾者の代筆)             |              |
| 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                       | 続柄等( )       |
| 生年月日                              | 西暦 年 月 日( )歳 |

.....  
**【当院使用欄】**

受領日 西暦 年 月 日 受領者名 \_\_\_\_\_  
事務処理日 西暦 年 月 日 登録者名 \_\_\_\_\_

|                     |                     |                   |
|---------------------|---------------------|-------------------|
| 総務企画部営業 G<br>(受付) → | 健康相談室<br>(システム登録) → | 総務企画部営業 G<br>(保管) |
|                     |                     |                   |