

(別紙1)

この意思確認書は「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」に同意いただけない場合のみ提出してください。

意思確認書が提出されない場合には、「同意いただけたもの」とさせていただきます。

埼玉県立小児医療センター病院長 殿

診療情報・試料等を医学研究・教育に利用することについての意思確認書

私は、診療情報・試料等を医学研究・教育に利用することについて理解し、以下のとおり判断しました。(以下の□にチェックしてください。)

「診療情報・試料等を医学研究・教育に利用すること」については同意しません。

署名した日 西暦 年 月 日

診察券番号 _____

本人氏名 _____ (自署または保護者の代筆)

生年月日 西暦 年 月 日

未成年者(20歳未満)の場合は、保護者の署名をお願いします。

保護者氏名 _____

続 柄 ()