

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にのみ提出してください。

なお、意思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。

独立行政法人国立病院機構宮城病院長 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意思確認書

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✓をして下さい。）

「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 _____（自署または保護者の代筆）

生年月日 西暦 年 月 日（ ）歳

未成年者（18歳未満）の場合は、保護者の署名を以下にお願いします。

保護者氏名 _____ 続柄（ ）