試料等の研究目的利用に関する同意撤回書

医療法人正雄会 呉みどりヶ丘病院　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)に了承することができません。

【署名欄】

撤回日:西暦＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

患者氏名(署名*):＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（＊代諾の場合は、代諾者が患者氏名を記入して下さい）

生年月日:西暦＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

代諾者氏名(署名):＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との続柄:＿＿＿＿＿＿

代諾者住所:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【病院確認欄】

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を撤回したことを確認しました。

確認日:西暦＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

確認者(署名):＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(所属:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)