

臨床研究への不同意申出書

独立行政法人国立病院機構横浜医療センター

院長 殿

この度、独立行政法人国立病院機構横浜医療センターで行われております「整形外科病棟における SSI（Surgical Site Infection：手術部位感染）低減への取り組み～看護師による日々の口腔ケアの実施～」に、私の診療録からの情報提供およびその利用に同意しません

西暦 年 月 日

署名欄

患者氏名 署名 _____

代筆者名 署名 _____ (続柄 _____)

(代筆必要理由) _____

代諾者氏名 署名 _____ (続柄 _____)

(代諾者必要理由) _____