

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、横浜医療センターで行われております「リンパ増殖性病変のマイクロダイセクションサンプルを用いた多様な病変の解析」に、私の診療録等からの情報提供及びその利用に同意しません。

西暦 _____ 年 月 日

【署名欄】

患者氏名 _____

代筆者氏名 _____ (続柄 _____)

代諾者氏名 _____ (続柄 _____)