公益財団法人甲南会
甲南医療センター　病院長　様

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不同意確認書

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✓してください。）

□「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 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療科　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人氏名　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（自署または代諾者の代筆）
生年月日　　： 西暦　　年　　月　　日

保護者（18 歳未満の場合）または代諾者の署名を以下にお願いします。

保護者または代諾者氏名 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
続 柄 （　　）