

公益財団法人甲南会
甲南医療センター 病院長 様

不 同 意 撤 回 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、不同意として
いましたが、これを撤回し同意することとします。

患者さん記入欄

同意撤回日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 診察券番号： _____
診療科： _____
本人氏名： _____

代諾者記入欄

同意撤回日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 代諾者氏名： _____
本人との続柄： _____