

不 同 意 書

原町赤十字病院 病院長 殿

私は、「診療情報・試料等を医学研究・教育に利用することについて」への同意（包括的同意）を、了承することはできません。

申し出年月日：西暦_____年____月____日

診察券番号：_____

生年月日：西暦_____年____月____日

本人（患者さん）氏名（自署）：_____

代諾者氏名（自署）：_____

本人（患者さん）との関係：_____

記載上の留意事項

1. 患者さんご本人による記載が可能であれば、ご本人が記入してください。
2. 次のいずれかに該当する場合は、代諾者（保護者、後見人など）が記載してください。
 - (1) 疾病などの理由により、ご本人による判断、記載が困難な場合
 - (2) ご本人が未成年の場合
3. 不同意書は原町赤十字病院 総務課に提出してください（郵送での提出も可能です）。

この不同意書に関するお問合せについて
〒377-0882
群馬県吾妻郡東吾妻町大字原町 698
原町赤十字病院 総務課
TEL：0279（68）2711