

不 同 意 書

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

白井病院長 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」に関する同意（包括同意）を、了承することはできません。

年 月 日

本人(患者さん)氏名 _____ (自署)

診察券番号 _____

代諾者氏名 _____ (自署)

本人との関係 _____

記載上の留意事項

1. 患者さん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）の方が記載してください。
 - (1) 疾病等の理由により、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、受付に提出してください。