

この意思確認書は、大船中央病院の医学的研究・教育に係る診療情報の利用に同意いただけない場合にのみ提出してください。

なお、意思確認書が提出されない場合は、同意いただいたものとさせていただきます。

社会医療法人財団互惠会 大船中央病院 病院長 宛

診療情報を医学研究・教育へ利用することについての意思確認書

私は、診療情報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 _____

本人氏名 _____（自署または保護者の代筆）

生年月日 西暦_____年____月____日（ ）歳

未成年者（20歳未満）の場合は、保護者の署名を以下にお願いします。

保護者氏名 _____ 続柄（ ）