

社会医療法人 博愛会 臨床研究登録 不同意通知書

社会医療法人 博愛会 理事長 殿

私は、社会医療法人 博愛会において、収集された私の既存試料・既存情報（電子カルテ情報等）が臨床研究に登録されることに同意しません。

研究名： _____

記載日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人（自署）： _____

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察券番号： _____

※必要時記載

代筆者（自署）： _____ （患者様との関係： _____）

お手数ですが、必要事項（下線部分）をご記入のうえ下記郵送先にお送り下さい。

〔郵送先〕 〒892-0833

鹿児島市 松原町3-31

相良病院 医療情報部 診療録管理課 宛

※本臨床研究登録不同意によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。