

この意思確認書は、「人を対象とする医学系研究と包括的同意（オプトアウト）について」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 信愛会 暁生会脳神経外科病院院長宛

**診療情報・試料等を医学研究・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・試料等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。（以下の口をチェック✓してください。）

「医学研究・教育のための診療情報・試料等の利用」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（ ）