

同意いただけない場合にのみ提出してください。

なお、不同意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。

地方独立行政法人那覇市立病院 病院長 宛

## 不同意書

### 医学研究・教育のための診療情報・試料等の利用

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、以下のとおり判断しました。（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・試料等の利用**」について同意しません。

西暦・和暦（令和）

署名した日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

診察券番号：（ \_\_\_\_\_ ）

患者氏名 \_\_\_\_\_（自署または保護者の代筆）

西暦・和暦（明治・大正・昭和・平成・令和）※該当する欄に○印をつけてください。

生年月日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

電話番号： \_\_\_\_\_

※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いたします。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

※ご記入できていない箇所（記載漏れ、記載不備）があった場合は、「不同意書」を受領できません。後日、担当者から確認させていただく場合もございます。