

同意撤回書/研究不参加意思表示書

神戸元町夢クリニック 院長 河内谷 敏 殿

私は、試料・情報の医学研究や教育への活用について、今後、以下の通り意思表示いたしますので、この同意撤回書/研究不参加意思表示書を提出します。

< いずれかの□に、レ印をつけてください >

以下、私のこれまでに医学研究や教育への活用について同意した試料・情報を、今後の

全ての研究および教育に利用しないでください。

下記の研究・用途については利用しないでください。

(_____)

署名日	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名	(自筆) _____ (印) _____
住所	(〒 _____) _____ _____
電話番号	_____ - _____ - _____

【お問い合わせ先】

神戸元町夢クリニック

住所: 兵庫県神戸市中央区明石町 44 神戸御幸ビル 3F

電話: 078-325-2121

-----クリニック記入欄-----

私は、上記患者様が、上記内容の通りに意思表示されたことを確認いたしました。

署名日	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日
担当者氏名	(自筆) _____