

試料等の研究目的利用に関する不同意書

近畿大学奈良病院
病院長 殿

私は、診療に伴い発生する試料等の医学研究への利用についての
同意（包括的同意）について了承することができません。

☐不同意

☐同意の撤回

【署名欄】 不同意・同意の撤回 年月日： 年 月 日

患者氏名（本人署名）： _____

患者氏名（代理署名）： _____

本人との続柄： _____

患者氏名（代諾署名）： _____

本人との続柄： _____

住所： _____

電話番号： _____

生年月日： _____

ID 番号： _____

【病院確認欄】病院確認日： 年 月 日