

## ＜不 同 意 書＞

あさのクリニック 院長 殿

私は、診療情報・試料等を医学研究・教育に利用することについて、包括同意を了承することはできません。

令和 年 月 日

本人(患者様)氏名 (自署)

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日

代諾者氏名 (自署)

本人との関係

### 記載上の留意事項

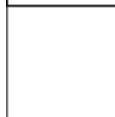
- 1、患者様ご本人による記載が可能であれば、ご本人が記入してください。
- 2、次のいずれかに該当する場合は、代諾者(保護者、後見人など)が記載してください。
  - (1) 疾病などの理由により、ご本人による判断、記載が困難な場合
  - (2) ご本人が未成年の場合
- 3、不同意書の提出は当院受付に提出してください。
- 4、この不同意書に関するお問い合わせは総務部までお願いいたします。

以下、職員記入欄

受付日 令和 年 月 日

受付者印

カルテ ID



受付日とカルテIDを記入し受付者印を押印後、本紙を医事へ提出してください。