

試料等の研究目的利用に関する不同意書

静岡赤十字病院院長 殿

私は、本日以降、「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。

平成 年 月 日

本人（患者様）氏名

印（自署）

住所

電話番号

生年月日

診察券番号

代諾者氏名

印（自署）

（本人との関係： ）

以上

※記載にあたっては、別紙留意事項をよくお読みください。

以下、担当者記入欄

担当者氏名

「試料等の研究目的利用に関する不同意書」記載・提出に関する留意事項

《記載上の留意事項》

1. 患者さん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。
なお、この場合、代諾者氏名欄は記載不要です。
2. 次のいずれかに該当する場合は代諾者が記載してください。この場合、代諾者氏名欄にもご署名、ご捺印ください。
 - (1) 疾病等の理由により、ご本人による判断、記載が困難な場合。
 - (2) 15 歳以下の場合。
3. 誤りなく登録するためにも、各事項についてもれなくご記入ください。

《提出上の留意事項》

提出は採血室へ持参いただくか郵送となります。
ご不明な点は下記担当者までご連絡ください。

〒420-0853

静岡市葵区追手町 8-2 静岡赤十字病院 検査部

担当者 大畑 雅彦 (検査部技師長)

酒井 悦子 (採血室責任者)

電話 054-254-4311

責任者 今井 昇 (検査部長)