

診療に伴い発生する検体等の医学研究や医学教育へ
ご協力していただくためのお願い

不承諾書

承諾されない場合には、兵庫医科大学病院①号館3階採血室受付、
あるいは兵庫医科大学健康医学クリニック・3階人間ドック受付まで提出して下さい。

兵庫医科大学学長 殿
兵庫医科大学病院 病院長 殿
兵庫医科大学健康医学クリニック センター長 殿

兵庫医科大学病院・健康医学クリニックにおいて検査に使われた血液や尿などの医学研究、及び医学教育への利用にについて、以下のように意思表示いたします。

- 1) 診療(健診)後に保管された血液・尿などと、それらに付随する診療・予後情報が
医学研究に利用されることに
同意しません
- 2) 診療(健診)後に保管された血液・尿などと、それらに付随する診療・予後情報が
医学教育に利用されることに
同意しません

お名前 _____(自署・代筆) 診療券番号(_____)

代筆の場合には、その方のご署名 _____(続柄 _____)

記載日:西暦 年 月 日