

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階採血室受付まで提出してください。

兵庫医科大学学長殿

兵庫医科大学病院病院長殿

兵庫医科大学病院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