

重要なお知らせ 社会医療法人聖ルチア会 聖ルチア病院を受診の皆さまへ

この意思確認書は、「診療情報・試料等を医学研究・教育に利用させていただくことについて」に同意いただけない場合にのみ提出してください。なお、この意思確認書が提出されない場合は、同意いただいたものとさせていただきます。

社会医療法人 聖ルチア会 聖ルチア病院

理事長・院長 大治 太郎 宛

診療情報・試料等を医学研究・教育へ利用することについての意思確認書

私は、「診療情報・試料等を医学研究や教育に利用することについて」の説明を理解し、以下の通り判断しました。

以下に該当する場合には にチェック を入れて提出してください。

「医学研究・教育のための診療情報・試料等の利用」について 同意しません。

署名日 西暦 _____年____月____日

診察券番号 _____

本人氏名 _____ (自署または保護者の代筆)

生年月日 西暦 _____年____月____日 () 歳

未成年者(18歳未満)の場合は、保護者の署名を以下にお願いします。

保護者氏名 _____ 続柄 ()