

医療法人 永井病院

臨床研究登録拒否通知書

医療法人 永井病院 院長殿

私は、医療法人 永井病院において、収集された私の既存試料・既存情報（電子カルテ情報等）が臨床研究に登録されることを拒否します。

記載日：_____年____月____日

臨床研究課題名：_____

患者氏名：_____（自署・代筆）

生年月日：_____年____月____日

診察券番号：_____

※必要時記載

代筆者：(氏名)_____

_____（患者様との関係：_____）

お手数ですが、必要事項（下線部分）をご記入のうえ下記郵送先にお送りいただくか、当病院総務課までご提出下さい。

郵送先

医療法人 永井病院 総務課担当者 宛て

〒514-8508 三重県津市西丸之内29-29

*本臨床研究登録拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。