

## 臨床研究

「母指CM関節症の治療成績に関する多機関共同研究」

### 登録データ削除申請書

【注意】 この削除申請書は手術を受けた病院へ提出してください

臨床研究「母指CM関節症の治療成績に関する多機関共同研究」

へ登録されたデータの削除を希望します

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ID (診察券の番号) \_\_\_\_\_

手術を受けた病院名 \_\_\_\_\_

削除範囲

①すべて

②一部 \_\_\_\_\_

申請日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日