

不同意書

診療に伴い発生する検体（検査検体及び病理検体）、画像などの試料等を使用することについて

伊勢赤十字病院 殿

私は、「診療に伴い発生する検体（検査検体及び病理検体）、画像などの試料等を医学研究・医学教育などに使用することへの同意」について了承することができません。

平成 年 月 日

本人（患者さん）氏名 _____（自署）

住所 _____

診察券番号 _____

代諾者氏名 _____（自署）

本人との関係 _____

記載上の留意事項

- 1 患者さんご本人による記載が可能であれば、ご本人が記入してください。
- 2 次のいずれかに該当する場合は、代諾者（保護者、後見人など）の方が記載してください。
 - (1) 疾病等の理由により、ご本人による判断、記載が困難な場合
 - (2) ご本人が 15 歳以下の場合
- 3 不同意書は、平日（8：30～17：00）は患者支援センター、
休日及び時間外（17：00～8：30）は救急外来受付に提出してください。

.....
受領日 平成 年 月 日

受領者 _____

※受領後は速やかに総務課へ提出お願い致します。