

岐阜大学医学部附属病院長 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・試料を医学研究や教育に利用することについて、以下の通り  
判断しました。(以下の□にチェック✓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。

署名した日 西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

診察券ID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(20歳未満)の場合は、保護者の署名を以下にお願いいたします。

保護者氏名 \_\_\_\_\_

続柄 ( )

\*\*\*\*\*

担当

岐阜大学医学部附属病院

医事課：058-230-6101

\*\*\*\*\*