

# 診療情報および試料等を医学研究へ利用することについての

## 同意撤回書

医療法人社団晴晃会 育良クリニック 院長 浦野 晃義

希望する項目の□にチェックを忘れずにご記入ください。

- 私たちは、オプトアウトを用いた臨床研究において、診療情報および試料(精子・卵子・胚)を医学研究に利用することについて協力を同意しましたが、その同意を撤回いたします。

妻：診察券番号 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_ 同意日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所：〒 \_\_\_\_\_

配偶者または内縁者：診察券番号 \_\_\_\_\_ (患者との続柄： \_\_\_\_\_ )

署名 \_\_\_\_\_ 同意日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所：〒 \_\_\_\_\_

必ずご本人が直筆でご署名をお願い致します。

ご本人以外の方が署名された場合、当院は一切責任を負いません。