

## 検体等の研究・教育に使用することへの不同意書

公益財団法人健和会

健和会大手町病院 院長殿

私は、本日以降、「診療に伴い発生する検体、画像を研究・教育に使用することへの同意（包括同意）」について了承することができません。

平成 年 月 日

本人（患者様）氏名 \_\_\_\_\_ 印（自署）\_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ 印（自署）\_\_\_\_\_

(本人との関係： \_\_\_\_\_ )

以上

主治医 \_\_\_\_\_

※主治医サイン後、電子カルテにスキャンし、  
原本は医療安全管理部へ提出して下さい（患者 ID ; \_\_\_\_\_ )