

診療情報および試料等を医学研究へ利用すること についての不同意確認書

住所： 〒531-0072 大阪市北区豊崎3丁目17番6号
うめだファティリティークリニック 院長 山下能毅 殿

私は、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の説明を理解し、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)。

患者記入欄

「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。

ID _____ 署名(直筆) _____ 署名日: 西暦 _____

住所

〒

必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

ご本人以外の方が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。