

試料等の研究への利用に関する不同意書

年 月 日

研究責任者 殿

私は、診療に伴い発生する試料等の医学・歯科医学研究への利用について同意はできません。

研究課題

研究責任者

本人（患者様）氏名

印（自署）

住所

電話番号

生年月日

診察券番号

代諾者氏名

印（自署）

（本人との関係：

）