

研究参加拒否書（提供拒否書）

国立病院機構相模原病院長 殿

臨床研究課題名：Asia Pacific Research Network for Anaphylaxis (APRA)
Anaphylaxis Registry

私は、上記臨床研究について、研究参加を拒否します。
（上記臨床研究について、私の情報の提供を拒否します。）

記載日 西暦 20 年 月 日

本人氏名（自署） _____

＜代諾者の方が拒否される場合＞

記載日：西暦 20 年 月 日 代諾者氏名（自署） _____

研究参加者氏名 _____ ご本人との続柄 _____

研究参加拒否の意思を確認しました。

確認年月日 西暦 20 年 月 日

確認医師氏名（自署） _____