

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：アナフィラキシー 症例全国調査

私は、相模原病院において、収集された私の既存情報（電子カルテ情報等）が上記臨床研究に登録されることを拒否します

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） _____