

医師用

## 試験参加拒否書

試験名：アスペルギルス特異的 IgG の相関性及び性能試験

私は上記試験について、参加を拒否します。

(上記試験について、私の試料・情報の提供を拒否します。)

### 【本人】

氏名： \_\_\_\_\_ (自署) 記載日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 【代諾者】

私は \_\_\_\_\_ に代わって、この試験への参加を拒否いたします。

氏名： \_\_\_\_\_ (自署) 記載日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

続柄： \_\_\_\_\_

試験参加拒否の意思を確認しました。

確認年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

確認医師氏名 (自署)： \_\_\_\_\_

患者さんあるいは代諾者用

## 試験参加拒否書

試験名：アスペルギルス特異的 IgG の相関性及び性能試験

私は上記試験について、参加を拒否します。

(上記試験について、私の試料・情報の提供を拒否します。)

### 【本人】

氏名： \_\_\_\_\_ (自署) 記載日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 【代諾者】

私は \_\_\_\_\_ に代わって、この試験への参加を拒否いたします。

氏名： \_\_\_\_\_ (自署) 記載日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

続柄： \_\_\_\_\_

試験参加拒否の意思を確認しました。

確認年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

確認医師氏名 (自署)： \_\_\_\_\_