

松阪中央総合病院
臨床研究登録拒否通知書

松阪中央総合病院 院長 殿

私は、松阪中央総合病院において、収集された私の既存試料・既存情報（電子カルテ情報等）が臨床研究に登録されることを拒否します。

記載日： _____年____月____日

臨床研究課題名： _____

患者様氏名： _____（自署・代筆）

生年月日： _____年____月____日

診察券番号： _____

※ 必要時記載 代筆者：（氏名） _____

（患者様との関係： _____）

お手数ですが、必要事項（下線部分）をご記入のうえ下記郵送先にお送りいただくか、**当病院 1 階総合受付**にご提出ください。

郵送先

松阪中央総合病院
〒515-8566 三重県松阪市川井町字小望 102

* 本臨床研究登録拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。