

この「意思確認書」は、「患者様の診療情報等を当院の臨床研究・教育に利用させていただくこと」につきまして、同意いただけない場合にのみ提出してください。

神戸 ART クリニック 宛

診療情報等を臨床研究・教育へ利用することについての意思確認書

私は、下記の研究に自身の情報が使用されることに同意しません。

研究課題名	神戸 ART レディースクリニックの診療情報のモニタリング及び解析
署名した日	西暦 年 月 日
診察券番号	
本人氏名（自署）	
生年月日	西暦 年 月 日（ ）歳

以上