

## 臨床研究への不同意申出書

独立行政法人国立病院機構横浜医療センター院長 殿

この度、横浜医療センターで行われております「神奈川県産科婦人科医会悪性腫瘍対策部 神奈川県絨毛性疾患登録事業及び登録情報に基づく研究」に、私の診療録等からの情報提供及びその利用に同意しません。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 【署名欄】

患者氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )