

鈴鹿医療科学大学附属桜の森病院 臨床研究登録拒否通知書

鈴鹿医療科学大学附属
桜の森病院長 様

私は、鈴鹿医療科学大学附属桜の森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、下記臨床研究に登録されることを拒否します。

臨床研究課題名：緩和ケアに関する医療の改善を目指したデータベース作成と解析

（◆は必須／代筆の場合は※にも記入）

◆記入日：（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆患者様氏名： _____ （自署・代筆）

◆患者様の生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆診察券番号： _____

※ 必要時に記入 代筆者：（氏名） _____

（患者様との関係： _____ ）

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

上記枠線内の必要事項をご記入のうえ、お手数ですが下記宛に郵送頂くか、
当病院受付にご提出ください。

郵送先・提出窓口

〒513-0816 三重県鈴鹿市南玉垣町 7300 番地 1
鈴鹿医療科学大学附属桜の森病院 病院長 渡部 秀樹