

# 包括同意についての不同意書

富永クリニック 院長 殿

私は、診療に伴い発生した医療情報を医学研究・教育に活用すること（包括同意）について、同意しません。

署名した日： 西暦          年          月          日

本人署名(自筆)：

保護者・代諾者署名(自筆)：

(続柄：    )

## 記入上の留意事項

・この不同意書は、診療に伴い発生した医療情報を医学研究・教育に活用すること（包括同意）に同意いただけない場合にのみ提出してください。不同意の意思表示、途中での同意撤回はご自由です。不同意や同意を撤回されても診療に不利益を被ることはありません。なお、この不同意書が提出されない場合は、同意頂いたものとさせていただきます。

## 病院記入欄

不同意の意思を確認致しました。

西暦                  年                  月                  日

受領者所属：

受領者氏名：