

# 試料等の研究目的利用に関する不同意書

医療法人 野口病院 院長殿

【臨床研究名】 新規サイログロブリン測定試薬の有用性評価

私は、診療に伴い発生する試料等の上記臨床研究における利用についての同意  
を了承することができません。

年 月 日

本人氏名

代諾者氏名

(本人との関係： )

## 記載上の留意事項

- 患者様ご本人による記載が可能であれば、ご本人が記入してください。
- 次のいずれかに該当する場合は、代諾者（保護者様、後見人の方等）の方が記入してください。
  - 疾病等の理由により、ご本人による判断、記入が困難な場合
  - ご本人が15歳以下の場合
- 本不同意書は、平日（8：00～17：00）、土曜（8：00～12：00）に医事課受付に提出してください。

----- 病院記入欄 -----

受領日： 年 月 日

受領者： 氏名

研究責任者： 野口 靖志