

試料等の研究目的利用に関する不同意書

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター センター長 殿

私は、本日以降、「診療に伴い発生する試料等の医学研究への利用についての同意（包括的同意）」について了承することができません。

平成 年 月 日

本人（患者様）氏名 _____（自署）

住所

電話番号

生年月日

診察券番号

代諾者氏名 _____（自署）

（本人との関係： _____）

※記載にあたっては、裏面の留意事項をよくお読みください。