

兵庫県こころのケアセンター長 殿

診療情報・試料等を研究・教育に使用することについての同意撤回書

私は、診療等における私の各種情報・試料等が研究・教育に利用されることについての説明を理解しましたが、その同意を撤回し、同意しません。

署名した日 _____年 _____月 _____日

本人氏名 _____ (自署)

生年月日 _____年 _____月 _____日

保護者 (18 歳未満の場合) または代理人氏名 (署名)

_____ (本人との関係 _____)

提出方法 (郵送、FAX、診療所窓口、いずれかの方法でご提出ください)

機関名 兵庫県こころのケアセンター

住所 〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-3-2

FAX 078-200-3021

.....
診療所使用欄

受領日 _____年 _____月 _____日 受領者氏名 _____

事務処理日 _____年 _____月 _____日 事務処理者氏名 _____