三重中央医療センター
臨床研究登録拒否通知書

国立病院機構三重中央医療センター院長　　殿

私は、三重中央医療センターにおいて、収集された私の既存試料・既存情報（電子カルテ情報等）が臨床研究に登録・使用されることを拒否いたします。

臨床研究課題名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：　　　　年　　　　月　　　　日

診察券番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご本人または代諾者の署名	申出日 西暦　　　年　　　月　　　日

お手数ですが、必要事項（枠内）をご記入のうえ**下記郵送先**にお送りいただくか、**当院１階 患者支援センター窓口**にご提出ください。

郵送先

〒514-1101 三重県津市久居明神町 2158-5
三重中央医療センター　　患者支援センター宛

本臨床研究登録拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。