

三重大学大学院医学系研究科・医学部・附属病院
臨床研究登録拒否通知書

三重大学大学院医学系研究科長 殿
三重大学医学部附属病院長 殿

私は、三重大学医学部附属病院において、収集された私の既存試料・既存情報（電子カルテ情報等）が下記臨床研究に登録されることを拒否します。

記載日： _____年____月____日

臨床研究課題名：リウマチ・膠原病センターにおけるリウマチ膠原病および関連疾患における治療反応性と予後に関する検討

（患者様氏名） _____ （自署・代筆）

（生年月日） _____年____月____日

（診察券番号） _____

必要時記載 代諾者：（氏名） _____

（患者さんとの関係： _____）

お手数ですが、枠線内に必要事項（下線部分）をご記入のうえ下記郵送先にお送り頂くか、当病院 1 階総合サポートセンターにご提出ください。

郵送先・提出窓口

三重大学医学部附属病院 リウマチ・膠原病センター

〒514-8507 三重県津市江戸橋 2-174

Fax: 059-231-5729

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。