**岩崎病院**

**臨床研究登録拒否通知書**

岩崎病院長 殿

私は、岩崎病院において、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：脊椎脊髄疾患に対する治療成績と⼼理社会的因⼦の関連性：後ろ向き試験

（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、当病院受付にご提出ください。**

**郵送先・提出窓口**

恩源会　岩崎病院

〒514-0114 三重県津市一身田町333

Fax: 059－232－7654

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。