

## 臨床研究への不同意申出書

国立病院機構横浜医療センター院長 殿

この度、横浜医療センターで行われております「当病院脳神経外科病棟における CZ-Hi 投与で下痢につながる要因の明確化」に、私の診療録等からの情報提供及びその利用に同意しません。

西暦 年 月 日

署名欄 :

患者氏名 署名

---