

## 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「注射抗菌薬の供給停止による抗菌薬の処方変化が薬剤感受性率に及ぼす影響の調査」の研究について、私の診療録からの情報収集及び横浜医療センターへの情報提供・利用に同意しません。

西暦・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署名欄

患者ID番号 \_\_\_\_\_

患者氏名 署名 \_\_\_\_\_

必要がある場合は、下記の欄にもご記入ください。

代筆者 氏名 署名 \_\_\_\_\_

(代筆を必要とする理由 \_\_\_\_\_)

代諾者 氏名 署名 \_\_\_\_\_

(代筆を必要とする理由 \_\_\_\_\_)