不同意確認書

患者保管用

慶應義塾大学医学部 医学部長 末松 誠 殿

私は「Calciphylaxis Registryによるcalciphylaxis発症要因・予後の調査・研究慢性透析患者におけるワルファリン内服が臨床経過とcalciphylaxis発症におよぼす影響の観察研究」について、(説明をした者の氏名)より説明文書を用いて説明を受け、研究の目的と方法、私が協力して行う次の研究協力事項とその危険性、について理解し、研究協力に不同意とします。
年 月 日 (署名または捺印) (代諾者が署名した場合は、本人の氏名と本人の関係) (住所 電話
研究実施責任者 説明者

不 同 意 確 認 書

施設保管用

慶應義塾大学医学部 医学部長 末松 誠 殿

究慢性透析患者におり およぼす影響の観察研	Registryによるcalciphylaxis発症要因・予後の るワルファリン内服が臨床経過とcalciphylax 究」について,(説明をした者の氏名 説明を受け,研究の目的と方法,私が協力して	is発症に)
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	険性、について理解し、研究協力に不同意とし	
年 月 日 (署名または捺印) ₋		
	住所 電話	
	研究実施責任者	

不同意確認書

カルテ添付用

慶應義塾大学医学部 医学部長 末松 誠 殿

究慢性透析患者にお およぼす影響の観察 より説明文書を用い	Registryによるcalciphylaxis発症要因・予後の調査・A するワルファリン内服が臨床経過とcalciphylaxis発症と f究」について,(説明をした者の氏名))
年 月 日 (署名または捺印)		
	住所 電話	
	研究実施責任者	_