

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

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)

住所 _____
電話 _____

研究実施責任者 _____
説明者 _____

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

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)

住所

電話

研究実施責任者

説明者
