

医師用

試験参加拒否書

試験名：ゴマアレルギーコンポーネント特異的IgE臨床性能試験

私は上記試験について、参加を拒否します。

(上記試験について、私の試料・情報の提供を拒否します。)

【本人】

氏名： _____ (自署) 記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【代諾者】

私は _____ に代わって、この試験への参加を拒否いたします。

氏名： _____ (自署) 記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

続柄： _____

試験参加拒否の意思を確認しました。

確認年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認医師氏名 (自署)： _____

患者さんあるいは保護者用

試験参加拒否書

試験名：ゴマアレルギーコンポーネント特異的IgE臨床性能試験

私は上記試験について、参加を拒否します。

(上記試験について、私の試料・情報の提供を拒否します。)

【本人】

氏名： _____ (自署) 記載日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

【代諾者】

私は _____ に代わって、この試験への参加を拒否いたします。

氏名： _____ (自署) 記載日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

続柄： _____

試験参加拒否の意思を確認しました。

確認年月日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

確認医師氏名 (自署)： _____