

(症例報告用)

同 意 書

_____ 殿

私は担当歯科医師（医師）から十分な説明を受け理解しましたので、プライバシーの侵害がないことを条件に、私の臨床データの一部について、
症例報告（題名 _____）
に使用することに同意いたします。

ご 本 人

同意者氏名： _____

(原則自筆とするが、やむをえない場合はその理由を明記し、代筆押印とする)

同意の日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人

同意者氏名： _____

(原則自筆とするが、やむをえない場合はその理由を明記し、代筆押印とする)

ご本人との関係： _____

同意の日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人

同意者氏名： _____

(原則自筆とするが、やむをえない場合はその理由を明記し、代筆押印とする)

ご本人との関係： _____

同意の日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説 明 者

研究担当歯科医師（医師）： _____

説明の日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日