

大阪大学医学部附属病院(阪大病院)データバンク研究

同意撤回書

大阪大学医学部附属病院 病院長 殿  
研究課題名：阪大病院データバンク研究

私は「阪大病院データバンク研究」において、私の診療情報を利活用することへの協力を  
同意しましたが、その同意をここに撤回します。今後、私の診療情報は提供しません。

※撤回を請求できる人は、原則、同意をした本人及び代諾者になります。

請求日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ

本人氏名： \_\_\_\_\_

代諾者氏名： \_\_\_\_\_

\*診察券番号が不明な場合は未記入のままご提出ください。

診察券番号： \_\_\_\_\_

生年月日 T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連絡先住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

この撤回書を当院来院時にご提出、または下記連絡先にご郵送ください。また、電話連絡、Emailでも対応いたします。

撤回後、処理が完了しましたら、電話、ハガキ、email、のいずれかの方法で連絡いたします。希望する連絡方法にチェックを入れてください。

撤回書送付先： 〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-15  
大阪大学医学部附属病院 A I 医療センター  
TEL: 070-2904-2150  
Email : databank@hp-aim.med.osaka-u.ac.jp



阪大病院データバンク