

## 臨床研究への協力の非同意文書

自治医科大学学長 殿

私は、臨床研究（高齢者に対し COVID-19(coronavirus disease 2019)をきっかけとした ACP(Advance Care Planning)導入の有効性に関する臨床研究）への協力に同意しません。

令和 年 月 日

本人氏名 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (署名・捺印)

電 話 \_\_\_\_\_

(お願い)

臨床研究に同意されない場合、担当医にお渡しくくださるか、あるいは次の住所にご郵送ください。提供いただいた記録（診療情報などの個人情報）もそれ以降はこの研究のために用いられることはありません。ただし、同意を撤回したとき既に研究結果が論文などで公表されていた場合には研究結果や情報を破棄できないことがあります。

〒 330-8503

埼玉県さいたま市大宮区天沼町1丁目847番地

自治医科大学附属さいたま医療センター総合診療科 吉原 花子