



إقرار الموافقة

الاسم رباعي: _____

تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____

الرقم القومي: _____

أوافق أنا المذكور عالية علي مشاركة بيانات الحالة الخاصة بي في الأبحاث العلمية بمعهد الكبد القومي
جامعة المنوفية، واعلم تمام العلم بمستهدفات البحث العلمي وموافق على المشاركة طوعية في الدراسة.

الاسم والتوقيع :

التاريخ و المكان:
