

Consent for publication 출판 동의서

Patient ID No :
이름 : 등록번호 :

Diagnosis :
주요 진단명 : omental infarction (대망경색, 그물망경색)

Object :
목적 : 소아청소년 복통 질환을 감별하는데 도움을 주기 위한 지식전달

Content :
내용 : 소아복통에서 드물게 발생하는 위 질환 진단 과정 및 치료 전달

Consent(동의) :
이상의 내용에 대하여 충분한 설명을 들었으며 상기 자료의 의학적인 목적의 사용에 동의합니다. (예 / 아니오)

연구대상자 동의			
날짜	2021년 12월 23일	성명	서명
담당의사(또는 설명)			
날짜	2021년 12월 23일	성명	서명
법정대리인 동의(해당)			
분류	연구대상자의 부() 모() 배우자()		기타()
날짜	2021년 12월 23일	성명	서명

HANYANG UNIVERSITY GURI HOSPITAL
한양대학교 구리병원