

환자 출판 동의서

본 양식은 케이스 증례보고에 대한 출판 동의서입니다.

귀하는 동의 거부할 권리가 있습니다. 동의 거부를 하는 것에 대해 환자의 진단 및 치료에 아무런 영향을 미치지 않음을 설명 드립니다.

- 나는 내 증례에 대해서 사진이나 임상적 정보를 수집하는데 동의합니다.
- 나는 내 이름과 이니셜은 출판에 표기되지 않아 내 정체성을 숨기는 사실에 대해 동의하나, 익명성을 완전히 보장하지 않음은 알고 있음에 동의합니다.
- 나는 학술지나 웹사이트 등 다른 출판 양식에 출판 되는 것을 동의하며, 이는 필요한 경우 대중에게 공개됨을 알고 있습니다.

☒ 본인은 위 내용을 숙지하였으며, 위에서 설명된 방법으로 본인의 익명성을 보장하면서 출판 가능성에 대해 동의 합니다.

피험자 성명 : _____

서명 : _____

날짜 : _____

Aug. 01. 2021

법정 대리인 : _____

서명 : _____

날짜 : _____

담당의사 성명 : _____

서명 : _____

날짜 : _____

Dec. 13. 2021

환자 출판 동의서

본 양식은 케이스 중례보고에 대한 출판 동의서입니다.

귀하는 동의 거부할 권리가 있습니다. 동의 거부를 하는 것에 대해 환자의 진단 및 치료에 아무런 영향을 미치지 않음을 설명 드립니다.

- 나는 내 중례에 대해서 사진이나 임상적 정보를 수집하는데 동의합니다.
- 나는 내 이름과 이니셜은 출판에 표기되지 않아 내 정체성을 숨기는 사실에 대해 동의하나, 익명성을 완전히 보장하지 않음은 알고 있음에 동의합니다.
- 나는 학술지나 웹사이트 등 다른 출판 양식에 출판 되는 것을 동의하며, 이는 필요한 경우 대중에 공개됨을 알고 있습니다.

☒ 본인은 위 내용을 숙지하였으며, 위에서 설명된 방법으로 본인의 익명성을 보장하면서 출판 가능성에 대해 동의 합니다.

피험자 성명 : _____

서명 : _____

날짜 : _____

Aug. 01. 2021

법정 대리인 : _____

서명 : _____

날짜 : _____

담당의사 성명 : _____

서명 : _____

날짜 : _____

Dec. 13. 2021

환자 출판 동의서

본 양식은 케이스 증례보고에 대한 출판 동의서입니다.

귀하는 동의 거부할 권리가 있습니다. 동의 거부를 하는 것에 대해 환자의 진단 및 치료에 아무런 영향을 미치지 않음을 설명 드립니다.

- 나는 내 증례에 대해서 사진이나 임상적 정보를 수집하는데 동의합니다.
- 나는 내 이름과 이니셜은 출판에 표기되지 않아 내 정체성을 숨기는 사실에 대해 동의하나, 익명성을 완전히 보장하지 않음은 알고 있음에 동의합니다.
- 나는 학술지나 웹사이트 등 다른 출판 양식에 출판 되는 것을 동의하며, 이는 필요한 경우 대중에 공개됨을 알고 있습니다.

☒ 본인은 위 내용을 숙지하였으며, 위에서 설명된 방법으로 본인의 익명성을 보장하면서 출판 가능성에 대해 동의 합니다.

피험자 성명 : _____

서명 : _____

날짜 : _____

Aug. 01. 2021

법정 대리인 : _____

서명 : _____

날짜 : _____

담당의사 성명 : _____

서명 : _____

날짜 : _____

Dec. 13. 2021

환자 출판 동의서

본 양식은 케이스 증례보고에 대한 출판 동의서입니다.

귀하는 동의 거부할 권리가 있습니다. 동의 거부를 하는 것에 대해 환자의 진단 및 치료에 아무런 영향을 미치지 않음을 설명 드립니다.

- 나는 내 증례에 대해서 사진이나 임상적 정보를 수집하는데 동의합니다.
- 나는 내 이름과 이니셜은 출판에 표기되지 않아 내 정체성을 숨기는 사실에 대해 동의하나, 익명성을 완전히 보장하지 않음을 알고 있음에 동의합니다.
- 나는 학술지나 웹사이트 등 다른 출판 양식에 출판 되는 것을 동의하며, 이는 필요한 경우 대중에 공개됨을 알고 있습니다.

☒ 본인은 위 내용을 숙지하였으며, 위에서 설명된 방법으로 본인의 익명성을 보장하면서 출판 가능성에 대해 동의 합니다.

피험자 성명 : _____

서명 : _____

날짜 : _____

Aug. 01. 2021

법정 대리인 : _____

서명 : _____

날짜 : _____

담당의사 성명 : _____

서명 : _____

날짜 : _____

Dec 13. 2021