

3) 遺伝子および遺伝子情報の解析に

☒ 同意する

☐ 同意しない

私は、以上のことを踏まえて検査結果や試料が、医学薬学研究や教育に活用されることに、同意いたします。

平成 27年 2月 17日

提供者本人署名または提供者記名・代諾者署名

提供者氏名 :

代諾者氏名 :

(提供者との関係 長女 )

住所 〒

電話

説明にあたった医師署名

大徳 暢哉

診療科名

消化器外科