

# 同意書

私は、病状・治療経過について、個人を同定される情報を除いて、症例の学会発表や症例報告の論文として投稿することに同意致します。

西暦 20 年 月 日

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

代諾者氏名： \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

説明日 西暦 20 年 月 日

所属：

説明者氏名： \_\_\_\_\_