

追加検査

ライソゾーム病検査 申込書(同意書)

保護者控用

20 年 月 日

あて先

一般社団法人 北海道希少疾病早期診断ネットワーク

「追加検査ライソゾーム病検査のお知らせ」等を読み、医療機関から説明を受け、検査内容を了解しましたので検査を申し込みます。

(フリガナ) 保護者署名				
	(続柄:)			
自宅住所	〒 -			
電話番号	() -			
赤ちゃんの 生年月日	20	年	月	日
医療機関名				

●検査を終えた検体を他の研究等への利用について

検査終了後、(一財)北海道薬剤師会公衆衛生検査センターで保管している血液検体を、検査方法の改良や他の病気の検査法の開発などの検討に用いることを…

☐

了承します

☐

了承しません

※個人情報の保護には十分配慮し管理しています。

※上記の項目に了承いただけなかった場合でも、不利益を被ることはありません。

追加検査

ライソゾーム病検査 申込書(同意書)

医療機関控用

20 年 月 日

あて先

一般社団法人 北海道希少疾病早期診断ネットワーク

「追加検査ライソゾーム病検査のお知らせ」等を読み、医療機関から説明を受け、検査内容を了解しましたので検査を申し込みます。

(フリガナ) 保護者署名				
	(続柄:)			
自宅住所	〒 -			
電話番号	() -			
赤ちゃんの 生年月日	20	年	月	日
医療機関名				

●検査を終えた検体を他の研究等への利用について

検査終了後、(一財)北海道薬剤師会公衆衛生検査センターで保管している血液検体を、検査方法の改良や他の病気の検査法の開発などの検討に用いることを…

☐ 了承します

☐ 了承しません

※個人情報の保護には十分配慮し管理しています。

※上記の項目に了承いただけなかった場合でも、不利益を被ることはありません。

追加検査

ライソゾーム病検査 申込書(同意書)

検査機関控用

20 年 月 日

あて先

一般社団法人 北海道希少疾病早期診断ネットワーク

「追加検査ライソゾーム病検査のお知らせ」等を読み、医療機関から説明を受け、検査内容を了解しましたので検査を申し込みます。

(フリガナ) 保護者署名				
	(続柄:)			
自宅住所	〒 -			
電話番号	() -			
赤ちゃんの 生年月日	20	年	月	日
医療機関名				

●検査を終えた検体を他の研究等への利用について

検査終了後、(一財)北海道薬剤師会公衆衛生検査センターで保管している血液検体を、検査方法の改良や他の病気の検査法の開発などの検討に用いることを…

☐ 了承します

☐ 了承しません

※個人情報の保護には十分配慮し管理しています。

※上記の項目に了承いただけなかった場合でも、不利益を被ることはありません。