

(別紙2)

この確認書は、医療人育成のための教育や実習・研修についてのご協力に同意いただけない場合にのみ提出してください。

なお、確認書が提出されない場合は同意いただいたものとさせていただきます。

山鹿市病院事業管理者 宛

医療人育成のための教育や実習・研修についての協力への不同意確認書

私は、医療人育成のための教育や実習・研修にについての協力に関する内容を理解し、以下のとおり判断しました。(以下の□にチェック✓してください。)

医療人育成のための教育や実習・研修についての協力しません。

署名した日：西暦 年 月 日

診察券番号： _____

本人氏名： _____

(自署または代諾者の代筆)

生年月日：西暦 年 月 日()歳

保護者(18歳未満の場合)または代諾者の署名を以下にお願いします。

保護者または代諾者氏名： _____

続柄等()

【病院使用欄】

受領日：西暦 年 月 日 受領者名 _____

事務処理日：西暦 年 月 日 登録者名 _____

医事課(受付) → 医事課(事務処理) → 経営管理課(保管)