

杏林大学医学部付属病院

未承認新規医薬品等のオプトアウトに対する医療拒否通知書

杏林大学医学部付属病院長 殿

私は、未承認新規医薬品等における下記の内容に関する医療行為の実施を拒否します。

実施内容：_____

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(診察券 ID 番号)_____

(患者氏名)_____

(生年月日)_____

お手数ですが、枠線内に必要事項(下線部分)をご記入のうえ下記宛先にご郵送ください。

郵送先

杏林大学医学部付属病院 医療安全管理部 未承認新規医薬品等評価室
〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2
代表 0422-47-5511

本件の拒否によりあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。