

ご返送ください

## 様式 6

### 調査協力医師名の記載についての同意書

#### ご説明

血液凝固異常症全国調査運営委員会では、2024年度の全国調査について皆さまからご回答を得た後、集計結果の解析を行い、報告書として公表する予定です。

つきましては、報告書作成の際に、調査協力者としてご協力いただいた皆さまのお名前とご所属を記載させていただきたいと考えております。結果の公表に際しては患者様および先生方のプライバシーを侵害することがないようにいたします。

調査協力者としての氏名の記載について、この同意書にてご希望をお知らせください。記載を希望されない場合でも先生には何らご迷惑をおかけすることのないようにいたします。

私は調査協力者としての氏名と所属を記載することに

**同意します**

**同意できません**

(上記のうち該当するものに○をつけてください。)

施設名

氏名

(ご署名)

西暦 年 月 日

血液凝固異常症全国調査運営委員会事務局

公益財団法人エイズ予防財団 御中