　同　　　意

・患者様から収集した情報は、個人情報保護法を遵守し漏洩のないよう厳重

に保管いたします。

・収集したこれらの情報は統計学的処理を行い、医学的な目的で学会発表等

　に活用します。また、公表に当たっては一切個人を特定できないよう配慮

いたします。

　　　　　　　　　上記内容について同意いたします。

署　名　　　　　　　　　　　　　　昭・平　　　年　　月　　日生

住　所

平成　　　年　　　月　　　日

担当薬局名

　　　　薬剤師名