

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
放射腫瘤科個案報告與學術研究同意書

本人_____ 同意 不同意大林慈濟醫院放射腫瘤科將個人所有醫學資料從事於醫學研究與學術研究發表於醫學雜誌。

本院將遵守保密與倫理原則，將來如有任何醫學資料發表時，將不會出現您的姓名或其他如身份證字號、出生年月日、住址等得以辨識個人身份的特定資料。

本人_____ 同意 不同意大林慈濟醫院放射腫瘤科將個人所有醫學資料以個案病例報告的形式發表於醫學雜誌。

如上述學術研究，個案報告中也不會出現我的姓名或其他如身分辨識資料，然而，親近或認識我的人仍有可能從個案病例報告文章內容中推測我是報告中的病人。

您能夠在發表前隨時撤回我的同意，但一旦該資訊交付出版(印刷)，則不能撤回此同意。

● 接受放射治療人簽章：_____ 年 月 日

身分證號：_____ 聯絡電話：_____

通訊地址：_____

● 法定代理人簽章：_____ 年 月 日

身分證號：_____ 聯絡電話：_____

通訊地址：_____

受試者為無行為能力(含未滿七歲之未成年人)，由法定代理人為之；限制行為能力人(滿七歲以上之未成年人)，應得其法定代理人之同意。

● 放射腫瘤科醫師簽章：_____ 年 月 日