

治療に関連する情報についての同意書

この度、私は担当医および指導医が顎変形症学会資格審査において私の写真（顔面写真や口腔内写真など）やエックス線写真等の治療に関連する情報を使用するにあたり、「使用目的」、「承諾しない場合でも今後の治療に不利益を受けないこと」、「個人が特定できるような公表は行わないこと」について説明を受けました。

ここに、私は写真（顔面写真や口腔内写真など）やエックス線写真等の治療に関連する情報を同学会に提出することを承諾いたします。

担当医または説明者氏名（自署）：

担当医または説明者所属：

年 月 日

患者氏名（自署）：

患者の保護者または代諾者氏名（自署）

本人が署名できない理由

18歳未満 ペンが持てない その他（ ）

・患者が18歳以上20歳未満の場合は本人と保護者または代諾者両方の署名を記入してください。