

증례 보고 동의서

논문 제목: _____

환자/법적 대리인 _____은 다른 환자의 진단과 치료를 포함한 의학 발전을 위하여 유용하게 사용하려는 학술적 목적으로 본인의 임상정보(사진포함)를 책임저자 _____를 통해 학회지에 양도하는 것에 동의합니다.

나는 다음의 사항을 이해하였습니다.

1. 제공된 정보는 성명을 포함하지 않고 게시되며 익명성을 보장할 것입니다.
2. 제공된 정보는 알레르기 천식 호흡기질환 (Allergy, Asthma & Respiratory Disease)에 게재될 수 있으며, 이 저널은 주로 의료 전문가를 대상으로 합니다.
3. 제공된 정보는 웹사이트에 게시될 수 있습니다.
4. 온라인 게재 전 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다.

환자 (서명) 날짜:

법적 대리인 (관계:) (서명) 날짜:

책임저자 (서명) 날짜: