同 意 取 消 依 頼 書

医療法人 泯江堂 三野原病院 院長　殿

　私は「〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇」への協力の同意を取消し，データの使用および保存について以下のように中止したいので通知いたします。

＜該当する項目に○印をつけてください。署名した後、主治医に渡してください。未成年者でも自署していただければ、同意の取消ができます。＞

１．（　　）データを遺伝子解析に使用することを中止する。

２．（　　）データ及び解析データの保存を中止する。

平成　　年　　月　　日

データまたは情報の提供者氏名：

（〒）　　　　　　住所：

同意取消依頼者氏名：　　　　　　　　　　　　　印　　　（続柄　　　　　　　　　　）

（〒）　　　　　　住所：

電話：

※この同意取消しの依頼ができる方は、「本人」「代諾者」「遺族」でありますので続柄についてはこのいずれかを記入してください。

※すでに研究結果が論文などで公表されていた時には、完全に廃棄することができない場合があることをご留意ください。