

A. 「筋疾患診断支援(通常)」に関する同意撤回書

研究責任者 西野一三 殿

参加者ご本人

わたしは、「筋病理診断支援」に参加することについて同意しましたが、その同意を撤回することにし、同意撤回書を提出します。

同意撤回年月日 年 月 日

署名（自署）

住所

電話番号

代諾者（本人が未成年/ご自身で十分な理解の上同意をしていただくことが難しい場合）

わたしは、本人氏名 が「筋病理診断支援」に参加することについて同意しましたが、その同意を撤回することにし、同意撤回書を提出します。

同意撤回年月日 年 月 日

署名（自署） (続柄)

住所

電話番号

受領者

わたしは以下のとおり、同意撤回書を受領したことを証します。

受領年月日 年 月 日

受領者署名（自署）

* 同意の撤回は原則として同意書に署名した人が行います。

* 同意撤回書送付先

〒187-8552 東京都小平市小川東町四丁目1番1号

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター メディカル・ゲノムセンター

西野一三 行

B. 「保存と研究利用（筋レポジトリー）」同意撤回書

研究責任者 西野一三 殿

参加者ご本人

わたしは、「保存と研究使用」に関することに関して参加することについて同意しましたが、その同意を撤回することにし、同意撤回書を提出します。

同意撤回年月日 年 月 日

署名(自署)

住所

電話番号

代諾者(本人が未成年に自身で十分な理解の上同意をしていただくことが難しい場合)

わたしは、本人氏名 が「保存と研究利用」に関することに関して参加することについて同意しましたが、その同意を撤回することにし、同意撤回書を提出します。

同意撤回年月日 年 月 日

署名(自署) (続柄)

住所

電話番号

受領者

わたしは以下のとおり、同意撤回書を受領したことを証します。

受領年月日 年 月 日

受領者署名(自署)

* 同意の撤回は原則として同意書に署名した人が行います。

* 同意撤回書送付先

〒187-8552 東京都小平市小川東町四丁目1番1号

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター メディカル・ゲノムセンター

西野一三 行