

同意撤回書

事業責任者 西野一三 殿

被験者署名欄

わたしは、「筋疾患診断支援と筋レポジトリーの構築」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 _____

代諾者署名欄（被験者が未成年/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、被験者氏名 _____が「筋疾患診断支援と筋レポジトリーの構築」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

〒187-8551 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 検体受付窓口 行