

同意撤回書

研究責任者 中村 治雅 殿

参加者ご本人

わたしは、「研究課題名：筋ジストロフィー患者登録システムの効率的な運用」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 20____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、_____ が「研究課題名：筋ジストロフィー患者登録システムの効率的な運用」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 20____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 20____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

神経・筋疾患患者登録センター(Remudy) 患者登録部門

中村 治雅 行き