

保存用

## 同意撤回書

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター MGC  
ミトコンドリア病患者情報登録部門 責任者 後藤 雄一 殿

わたし(氏名) \_\_\_\_\_ は、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日、  
ミトコンドリア病患者登録システムへの登録について同意しましたが、その同意を撤回することにしました。

(住所) \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

署名 (本人) \_\_\_\_\_ (印) (以下、自署であれば印は不要)

本人が

知的障害等により同意能力がないと客観的に判断される場合

15 歳未満の場合

筆記が困難な場合

(保護者もしくは代筆者氏名)

\_\_\_\_\_ (印) ( 続柄 \_\_\_\_\_ )

同意撤回年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\* 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。

## 【 送付先 】

〒187-8551 東京都小平市小川東町 4 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 MGC

ミトコンドリア病患者情報登録部門

電話 042-346-3524