

同意撤回書

大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 機能診断科学講座 臨床神経生理学研究室
研究責任者 高橋正紀 殿

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) 患者情報登録部門
責任者 中村 治雅 殿

わたし _____ は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日、筋強直性ジストロフ
イー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
 20歳未満の場合 (16歳から19歳の場合には本人も署名ください)
 筆記が困難な場合

(保護者もしくは代筆者氏名)

_____ 印 (続柄 _____)

_____ 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) 患者情報登録部門
電話・FAX : 042-346-2309