

同 意 撤 回 書

千葉大学大学院医学研究院長 殿

平成 年 月 日

私は、症例登録システムへの登録に関する同意を撤回します。今後のデータの保存を中止してください。

ご 署 名 : _____

※ データの廃棄の終了をお知らせするハガキの送付をご希望の方は、以下へご所属の住所の記入をお願いいたします。

ご住所 : 〒

【送付先】

千葉大学大学院医学研究院 神経内科 氏名 桑原 聡
住 所 : 〒260-8670 千葉市中央区亥鼻 1-8-1