

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： _____

ご本人が16～19歳の場合には、ご本人又は代諾者、若しくはお二人の署名をお願いします。

代諾者氏名： _____ 続柄： _____

※ 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