

「遺伝子解析を含む医学研究への協力」の不同意（同意撤回）通知書

地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立がんセンター病院長 殿

私（下記の検体および診療情報の提供者または代諾者）は、「遺伝子解析を含む医学研究への協力をお願い」について、神奈川県立がんセンターの検体の保管および診療情報を医学研究への利用することについて、いったん同意をしましたが、このたびその同意を以下のように撤回／変更しますので、この通知書を提出します。

以下、記名の検体および診療情報提供者の検体および診療情報を

- 全ての研究に利用しないでください。
 下記の研究については利用しないでください。
-
-
-

・西暦_____年____月____日

◇ 患者さん(検体および診療情報提供者)ご本人の場合

ご氏名(署名)_____

◇ 代諾者の場合

患者さん(検体および診療情報提供者)ご氏名_____

患者さん(検体および診療情報提供者)とのご関係_____

ご氏名(署名)_____

・撤回完了連絡書の送付先（代諾の場合どちらかに印をご記入ください） 試料提供者 ・ 代諾者

この用紙に必要な事項をご記入のうえ、神奈川県立がんセンター生体試料センターあてに郵送してください。直接来院される方は、病院棟1階の生体試料センターに提出してください。コピーをお渡しいたします。

問い合わせ先

神奈川県立がんセンター生体試料センター

〒241-0815 横浜市旭区中尾 2-3-2

電話 045-520-2222 内線 3741 FAX 045-520-2202

生体試料センター記入欄

受付日 西暦_____年____月____日 受付担当者_____