

## 同意撤回書（未成年用）

国立成育医療研究センター理事長 殿

私は、患者（ ） 診察券番号： \_\_\_\_\_ が  
参加している「 血液検査の余剰検体のバイオバンク提供体制の構築 」に関し  
て、その同意を撤回します。

同意撤回日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者さんのご署名 \_\_\_\_\_（16歳以上の場合）

代諾者のご署名 \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

代諾者のご署名 \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

確認日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

確認した研究者： \_\_\_\_\_

連絡・撤回書送付先：

〒157-8535 東京都世田谷区大蔵 2-10-1

国立成育医療研究センター研究所

バイオバンク事務局

TEL 03-5494-7120（内線 4191）

メールアドレス contact-bb@ncchd.go.jp

作成年月日：2023年1月27日

版番号：1.0

## 同意撤回書（成人用）

国立成育医療研究センター理事長 殿

私は「血液検査の余剰検体のバイオバンク提供体制の構築」に関して、その同意を撤回します。

同意撤回日： \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

ご署名： \_\_\_\_\_（診察券番号： \_\_\_\_\_）

確認日： \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

確認した研究者： \_\_\_\_\_

連絡・撤回書送付先：

〒157-8535 東京都世田谷区大蔵 2-10-1

国立成育医療研究センター研究所

バイオバンク事務局

TEL 03-5494-7120（内線 4191）

メールアドレス contact-bb@ncchd.go.jp