作成年月日：2024 年 6 月 7 日
版番号：2.0

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：2024 年 6 月 7 日
版番号：2.0

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