

同意の撤回

国立成育医療研究センター理事長 殿

私 _____ は、研究協力の同意を撤回します。
(検体提供者またはその代諾者)

_____年 _____月 _____日

検体提供者氏名 _____
(本人自署、もしくは代諾者記載)

当センター診察券番号(ID): _____

※お子様の検体に関する請求の場合には、以下もご記入ください。

代諾者自署 _____ (続柄: _____)

この申請書は、下記宛先にご郵送下さい。
この書式でなくとも、下記の連絡先にご連絡いただければ対応いたします。
担当者からの問い合わせや、検体の廃棄についてご連絡を差し上げる場合がございますので、以下のご連絡先をご記入ください。

お申し出いただいた方の住所: _____

電話番号: _____

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
03-5494-7120 (内線 4191)
メールアドレス contact-bb@nechd.go.jp