

## 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 東京都世田谷大蔵 2-10-1  
国立成育医療研究センター  
成育バイオバンク事務局  
TEL 03-3416-0181

検体使用・保存中止の実施確認文書

検体提供者 殿

お申し出について、検体・付随する診療情報が処理されたことをご報告いたします。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

成育バイオバンク事務局 担当\_\_\_\_\_