

同意撤回通知書

京都大学医学部附属病院長 殿

私は、下記研究への参加について同意しておりましたが、その同意を自らの意思により撤回いたします。

- 1. 既に採取・収集された生体試料と情報については、今後の利用を認めます。
- 2. 既に採取された生体試料を全て廃棄してください。しかし、既に収集された情報については、今後もその利用を認めます。
- 3. 既に採取された生体試料は全て廃棄してください。収集された情報の今後新たな利用は認めません。

研究課題名： _____ (受付番号：C/E/G XXX)

同意撤回日： _____年_____月_____日

本人氏名（自筆）： _____

代諾の場合： _____患者さん氏名

代諾者氏名（自筆）： _____ (続柄： _____)

私は、上記、同意撤回の意思を確認いたしました。

撤回確認日： _____年_____月_____日

確認者：所属 _____ 氏名（自筆） _____

同意撤回通知書

京都大学医学部附属病院院長殿

私は、下記研究への参加について同意しておりましたが、その同意を自らの意思により撤回いたします。

1. 既に採取・収集された生体試料と情報については、今後の利用を認めます。
2. 既に採取された生体試料を全て廃棄してください。しかし、既に収集された情報については、今後もその利用を認めます。
3. 既に採取された生体試料は全て廃棄してください。収集された情報の今後新たな利用は認めません。

研究課題名： _____ (受付番号：C/E/G XXX)

同意撤回日： _____年_____月_____日

本人氏名（自筆）： _____

代諾の場合： _____患者さん氏名

代諾者氏名（自筆）： _____ (続柄： _____)

私は、上記、同意撤回の意思を確認いたしました。

撤回確認日： _____年_____月_____日

確認者：所属 _____ 氏名（自筆） _____