

作成年月日：2017 年 11 月 30 日

同 意 撤 回 書

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業
「プリオントウ病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」班
プリオントウ病サーベイランス委員会 委員長 水澤 英洋 先生

「プリオントウ病のサーベイランスおよび自然歴に関する全国調査研究」
◆第1研究（プリオントウ病サーベイランス研究（実地調査））
◆第2研究（JACOP 自然歴調査）

参加者ご本人署名欄

わたしは

プリオントウ病のサーベイランスおよび自然歴に関する全国調査研究
プリオントウ病のサーベイランス研究
プリオントウ病の自然歴に関する全国調査研究 （該当するものにチェックをお願いいたします）
に参加することについて同意しましたが、その同意を撤回することにし、同意撤回書を提出します。

同意撤回年月日 20 年 月 日

署名（自署） _____

住所 _____

電話番号 _____

代諾者・代筆者書名欄（本人が未成年/ご自身で十分な理解の上同意をしていただくことが難しい場合）

わたしは、本人氏名 _____ が
プリオントウ病のサーベイランスおよび自然歴に関する全国調査研究
プリオントウ病のサーベイランス研究
プリオントウ病の自然歴に関する全国調査研究 （該当するものにチェックをお願いいたします）
に参加することについて同意しましたが、その同意を撤回することにし、同意撤回書を提出します。

同意撤回年月日 20 年 月 日

署名（自署） _____ (続柄 _____)

住所 _____

電話番号 _____

* 同意の撤回は原則として同意書に署名した人が行います。

受領者

わたしは以下のとおり、同意撤回書を受領したことを証します。

受領年月日 20_____年_____月_____日

受領者所属 _____

領者署名（自署） _____

※主治医の先生へのお願い

同意撤回書（【様式 3】）は、患者の個人情報保護のため、先生の方で保管してください。

また、写しを患者さんへ提供してください。同意が撤回されたことを示すために、同意撤回確認書（【様式 4】）に必要事項を記入の上、PDF 化して、サーベイランス研究事務局（prion-ncnp@ncnp.go.jp）宛にご送信ください。