

## 同意撤回書

研究責任者 厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業  
「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」班  
クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランス委員会 委員長 水澤英洋 殿

## 参加者ご本人

わたしは、「研究課題名：プリオン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」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。

※いずれかにチェックをお願いいたします。(必須)

- サーベイランス研究、自然歴研究、プリオン病遺伝子検査・生化学検査の3つの研究について、同意を撤回します。
- 自然歴研究のみ同意を撤回します。
- プリオン病遺伝子検査・生化学検査のみ同意を撤回します。

同意撤回年月日 20 年 月 日

署名（自署）

代諾者（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「研究課題名：プリオン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」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)

## 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

受領者署名（自署）

\* 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。

\* 同意撤回書送付先

〒187-8551

東京都小平市小川東町四丁目1番1号

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター プリオン病サーベイランス事務局 行