

## 電話連絡先の提供に関する同意文書

研究名：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

上記研究における国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センターの調査員からの電話調査を受けるため、電話連絡先を提供することに同意いたします。

同意日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

連絡先（本人） 電話番号：\_\_\_\_\_

携帯番号：\_\_\_\_\_

電子メールアドレス：\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

本人署名（自署）：\_\_\_\_\_

連絡先（代諾者）電話番号：\_\_\_\_\_

携帯番号：\_\_\_\_\_

電子メールアドレス：\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

代諾者署名（自署）：\_\_\_\_\_

連絡希望時間帯：\_\_\_\_\_時～\_\_\_\_\_時  
（事務局での対応可能時間帯は 平日 9:00～16:00 です）

主治医氏名：\_\_\_\_\_

所属：\_\_\_\_\_

※主治医の先生へのお願い

本紙は自然歴調査にもご同意いただいた方のみ使用してください。

原本は先生の方で保管してください。上欄に患者さん・代諾者のメールアドレス、電話番号等を記入し、個人情報を保護するために、PDF 化してパスワードを設定し、サーベイランス事務局([prion-ncnp@ncnp.go.jp](mailto:prion-ncnp@ncnp.go.jp))宛に送信ください。

PDF 化が不可の場合には、コピーを下記へ郵送ください。

〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1

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 宛