

同意取消依頼書

原土井病院病院長 殿

私は九州大学病院と原土井病院が実施する共同研究
「コロナウイルスワクチン後血清を用いた変異株に対する中和抗体価の検討」
への協力の同意を取消し、試料(血液)の使用および保存について以下のように中止したい
ので通知いたします。

＜該当する項目に○印をつけてください。署名した後、原土井病院 内科 池崎裕昭に渡して
ください。未成年者でも自署していただければ、同意の取消ができます。＞

1. () 試料(血液)を使用することを中止する。
2. () 試料(血液)及び解析データの保存を中止する。
3. () 診療情報・罹患情報及び解析データの保存を中止する。

令和 年 月 日

試料または情報の提供者氏名： _____

(〒) _____ 住所： _____

同意取消依頼者氏名： _____ 印 _____ (続柄 _____)

(〒) _____ 住所： _____

電話： _____

※この同意取消しの依頼ができる方は、「本人」「代諾者」「遺族」でありますので続柄についてはこの
いずれかを記入してください。

※すでに研究結果が論文などで公表されていた時には、完全に廃棄することができない場合があること
をご留意ください。