

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 先生

下記の患者について、先に、

- サーベイランス登録研究と自然歴調査研究の双方の研究に
- サーベイランス登録研究のみについて

いたしました同意を撤回いたします。

平成 年 月 日

患者氏名：

本人または代諾者氏名：

本人または代諾者住所：

主治医または説明者氏名：

主治医または説明者所属：

※主治医の先生へのお願い

【様式 3】の同意書撤回書は、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。同意が撤回されたことを示すために、この確認書（【様式 2】）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）宛て送信ください。