同　意　撤　回　書

資料●

東京大学大学院医学系研究科長・医学部長　殿（←医学部・大学院ご所属の方はこちらを残してください）

東京大学医学部附属病院長　殿（←病院ご所属の方はこちらを残してください）

（研究機関の長）殿（←学外からの申請・一括審査の場合の分担機関用）

（↑同意書とあわせてください）

研究課題「※原則として申請書の研究課題名と同じにしてください」

（審査番号＊＊＊＊＊）

私は、上記研究への参加にあたり、説明文書の記載事項について説明を受け同意しましたが、再度検討した結果、同意を撤回いたします。

|  |
| --- |
| ■ 研究の参加についての同意を撤回します |
| （※「はい」または「いいえ」にご自身で○を付けてください） |
| はい（同意を撤回します） | いいえ（研究参加については撤回しません） |

|  |  |
| --- | --- |
| ▶  | 同意撤回後の試料・情報等の取り扱いについて（※いずれかに☑を付けてください） |
| 同意撤回までに提供した試料・情報等は |
|  | □研究利用は可としますが、保管期間終了時に破棄してください |
|  | □直ちにすべて破棄してください |

（↓　長期保存への同意があった場合のみ）

|  |
| --- |
| ■ 提供した試料・情報等が、長期間保存され、将来、新たに計画・実施される研究に使用されることへの同意を撤回します（いずれかに☑をつけてください） |
|  □　長期保存について同意を撤回します (保管期間終了後、速やかに破棄する）　　　　□　長期保存について同意は撤回しません |
| （研究への参加の同意のみを撤回し、これまでに提供した試料・情報等の長期保存については撤回しない） |

西暦　　年　　月　　日

氏名（研究参加者本人）（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（代諾者）（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代諾者の場合）研究参加者の名前と、代諾者の関係　＿＿＿＿＿＿＿＿＿の＿＿＿＿＿

※代諾者よりご署名をいただく予定がない研究の場合は該当部分を必ず削除してください