「研究への協力」そのものについて同意を撤回するのか、ある研究課題についてのみ、研究に利用されることを拒否するのか**１または２のどちらかに**☑をつけて選択し、ご署名ください。

提出先

〒360-0197 熊谷市板井1696 埼玉県立循環器・呼吸器病センター　呼吸器外科　宛  
ファックス：048-536-9920

**同意撤回申請書**

埼玉県立循環器・呼吸器病センター病院長殿

□ 1. 私は、「研究への協力」について同意いたしましたが、同意を撤回いたします。

* 2. 私は、研究課題　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　への研究協力の同意を撤回いたします。（研究に利用して欲しくない研究課題名を下線部分にご記入ください。）

理由（差し支えなければ、ご記入ください。）

試料等提供者本人または代諾者（代諾者の場合、本人との関係）

　ふりがな

　氏名（自署）

　署名日

　当センター登録番号

住所

　電話番号