

同意撤回書

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
神経・筋疾患患者登録センター (Remudy) 患者情報登録部門 責任者 木村円殿

わたし_____は、_____年 _____月 _____日、
先天性筋疾患の登録システムへの登録に於いて、患者様の問い合わせに際してはご協力することについて同意
しましたが、その同意を撤回することにしました。

住 所： _____

電話番号： _____ (_____)

署 名 (本人)

_____ 印 (以下、自署であれば印は不要)

_____ 年 _____月 _____日

* 同意の撤回は原則として同意書に署名した人が行います。

【送付先】

〒187-8551
東京都小平市小川東町4丁目1番1号
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター TMC
神経・筋疾患患者登録センター (Remudy) 患者情報登録部門
電話 : 042-346-2309