

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、筋ジストロフィー患者登録システムへの登録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)

本人が

- 知的障害等により同意能力がないと客観的に判断される場合
- 15歳未満の場合
- 筆記が困難な場合

(保護者もしくは代筆者氏名)

_____ 印 (続柄 _____)

_____ 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