

保存用

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 中村治雅 殿

わたし(氏名) _____ 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 _____)

同意撤回年月日 _____ 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