

## 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おいて、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 T M C  
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