

研究責任者 岩崎 靖 殿

同意撤回書

研究等課題名 愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインバンク（AMUBB）の構築

私は先般、愛知医科大学で実施される上記研究について、研究対象者として参加することに同意しましたが、このたび、本同意を撤回しますので、私に関する全ての試料及び情報を、速やかに廃棄するよう、よろしくお願いします。

同意撤回年月日 年 月 日

ご遺族のご署名 (署名又は記名・捺印)

同意撤回書

受領年月日 年 月 日

受領者 所属・職 _____

氏 名 (署名又は記名・捺印)