同　意　撤　回　書

資料4

一般社団法人日本脳神経外科学会　理事長　殿

稲沢市民病院　院長　殿

研究課題「一般社団法人日本脳神経外科学会データベース研究事業（Japan Neurosurgical Database：JND）」（審査番号 2023155NI）

私は、上記研究への参加にあたり、説明文書の記載事項について説明を受け同意しましたが、再度検討した結果、同意を撤回いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| ■ 研究の参加についての同意を撤回します | |
| （※「はい」または「いいえ」にご自身で○を付けてください） | |
| はい  （同意を撤回します） | いいえ  （研究参加については撤回しません） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ▶ | 同意撤回後の試料・情報等の取り扱いについて（※いずれかに☑を付けてください） | |
| 同意撤回までに提供した試料・情報等は | | |
|  | | □研究利用は可としますが、保管期間終了時に破棄してください |
|  | | □直ちにすべて破棄してください |

|  |
| --- |
| ■ 提供した情報が、長期間保存され、将来、新たに計画・実施される研究に使用されることへの同意を撤回します（いずれかに☑をつけてください） |
| □　長期保存について同意を撤回します (保管期間終了後、速やかに破棄する）  　　　　□　長期保存について同意は撤回しません |
| （研究への参加の同意のみを撤回し、これまでに提供した情報の長期保存については撤回しない） |

西暦　　年　　月　　日

氏名（研究参加者本人）（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（代諾者）（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代諾者の場合）研究参加者の名前と、代諾者の関係　＿＿＿＿＿＿＿＿＿の＿＿＿＿＿