

## 協力意思（同意）の撤回書

ふりがな									
協力者氏名									
診察券番号（患者番号） *不明な場合は、未記入のままご提出下さい			—					—	
生 年 月 日	大 正		・ 昭 和		・ 平 成		年	月	日

—本欄は、廃棄処理に必要な情報ですので、必ずご記入下さい。—

国立長寿医療研究センター理事長殿

わたしは、国立長寿医療研究センターのバイオバンク事業に協力することに同意しておりましたが、その同意をここに撤回しますので、わたしが提供しました生体試料の廃棄、および、個人を特定する情報の削除をお願いします。

ご記入日   ：   令和                   年                   月                   日

請求者氏名：(自署)

協力者との続柄：

住所：

電話番号：

\*廃棄・削除を終えましたら、ご請求者に対して作業完了のご報告をいたします。

協力者ご本人が請求される場合も必ず記入し、下記連絡先までご郵送ください。

バイオバンクでは、以下に示す基本方針に従って処理を行いますことをご了解ください

ご協力意思（同意）を撤回された後の、バイオバンクにおける基本方針

国立長寿医療研究センター・バイオバンクでは、本書面をもって、ご協力者から同意撤回の申し出がありました場合には、以下に示す基本方針にしたがって処理を行います。

◎ご提供いただいた生体試料（血液、尿、組織など）については、今後研究に用いないようにするため完全に廃棄します。

◎すでに入力・検査・分析等を経て「情報・データ」として保存しているものについては、それらから、協力者ご本人を特定する情報（例・氏名、住所など）を削除し、今後、ご本人に不利益が生じない形にします。

国立長寿医療研究センター  
 メディカルゲノムセンター バイオバンク  
 〒474-8511 愛知県大府市森岡町7丁目430番地  
 電話 0562-46-2311 (代表)  
 0562-44-5651 (内線6606)