

バイオバンク同意書

国立長寿医療研究センター 理事長 殿

私は、国立長寿医療研究センターが行うバイオバンク事業に関して、説明担当者より口頭および文書による説明を受け、その目的等について十分に理解しました。そのうえで、私は自らの自由意思に基づき、バイオバンク事業に同意します。

記入日：（西暦） 年 月 日

氏名： （ 自署 ・ 代諾 ・ 代筆 ）

生年月日：（西暦） 年 月 日

◆上記記入が代諾もしくは代筆の場合は下記欄へご署名をお願いいたします。

氏名： 協力者との関係：

住所：

電話番号：

◆本人自署の際、同席の方は下記欄へご署名をお願いいたします。

氏名： 協力者との関係：

※将来、協力意思（同意）を撤回されたい場合は、下記の国立長寿医療研究センターバイオバンクへご連絡ください。

..... 以下バイオバンク事務局使用欄

【説明担当者署名欄】説明担当者は、上記の方に本バンク事業について説明し、その意思を確認しました。

記入日：（西暦） 年 月 日

説明担当者氏名：

☐ 医師 ☐ 医療スタッフ（ ） ☐ バイオバンクスタッフ

国立長寿医療研究センター 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）

バイオバンク同意書

国立長寿医療研究センター 理事長 殿

私は、国立長寿医療研究センターが行うバイオバンク事業に関して、説明担当者より口頭および文書による説明を受け、その目的等について十分に理解しました。そのうえで、私は自らの自由意思に基づき、バイオバンク事業に同意します。

記入日：（西暦） 年 月 日

氏名： （ 自署 ・ 代諾 ・ 代筆 ）

生年月日：（西暦） 年 月 日

◆上記記入が代諾もしくは代筆の場合は下記欄へご署名をお願いいたします。

氏名： 協力者との関係：

住所：

電話番号：

◆本人自署の際、同席の方は下記欄へご署名をお願いいたします。

氏名： 協力者との関係：

※将来、協力意思（同意）を撤回されたい場合は、下記の国立長寿医療研究センターバイオバンクへご連絡ください。

..... 以下バイオバンク事務局使用欄

【説明担当者署名欄】説明担当者は、上記の方に本バンク事業について説明し、その意思を確認しました。

記入日：（西暦） 年 月 日

説明担当者氏名：

☐ 医師 ☐ 医療スタッフ（ ） ☐ バイオバンクスタッフ

国立長寿医療研究センター 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）