

意思確認書（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：

☐ 協力します。 ☐ 協力しません。

署名日： 令和 年 月 日

ご協力者本人氏名： （自署・代諾・代筆）

生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日

◆◆◆ご協力者本人氏名のご記入が、代諾・代筆の場合は下記にもご記入をお願いします。◆◆◆

（☐代諾者☐代筆者）ご氏名： ご協力者本人との関係：

ご住所：

お電話番号：

※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： 令和 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）
0562-44-5651 （内線6606）

意思確認書（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：

☐ 協力します。 ☐ 協力しません。

署名日： 令和 年 月 日

ご協力者本人氏名： （自署・代諾・代筆）

生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日

◆◆◆ご協力者本人氏名のご記入が、代諾・代筆の場合は下記にもご記入をお願いします。◆◆◆

（☐代諾者☐代筆者）ご氏名： ご協力者本人との関係：

ご住所：

お電話番号：

※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： 令和 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）
0562-44-5651 （内線6606）