**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）