**同意撤回通知書**

　　殿

　私は研究課題名「・・・・・・・に関する研究」への協力に同意し、その試料・情報の利用、保存を認めて参りましたが、このたび諸般の事情により同意を撤回することに致しましたので通知いたします。

（※該当する項目番号に○をつけて、署名の上、研究担当者にお渡しください。郵送、ファクス送信でも構いません。）

（※未成年者でもご自身で署名していただければ、同意の取り消しができます。）

１　試料・情報を研究に利用することの同意を撤回する。

２　試料・情報を保存することの同意を撤回する。

３　重大な病気との関係が見つかった場合に遺伝子解析結果の説明を受けることの同意を撤回する。

平成　　年　　月　　日

試料提供者の署名または記名・捺印（代諾の場合は試料提供者の記名）

（代諾の場合）代諾者の署名

　　　　（試料提供者との関係：　　　　　　　　　　　　　）

住所

電話

|  |
| --- |
| 提出先：〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1 |
| TEL:099-275-××××、 FAX:099-275-×××× |
| 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 |
| ○○講座 職名(研究申請（代表）者)　○○○○（ふりがな） |
|  |