

弘前大学大学院医学研究科長 殿

情報利用提供停止願い

課題名

課題実施担当者 所属： 弘前大学大学院医学研究科健康未来イノベーションセンター
氏名： 中路 重之
連絡先： 〒036-8562 弘前市在府町5
電話 0172-39-5442 FAX 0172-39-5205

私は、弘前大学大学院医学研究科で先般実施された上記臨床試験・研究についての私に関する全てのデータ等の参画機関への利用を停止願います。

年 月 日 令和 年 月 日

氏 名 _____ (署名又は記名・捺印)

代理人(保護者等)氏名 _____ (署名又は記名・捺印)

※同姓同名の方との混同を防ぐため、生年月日及び住所をご記入ください。

生 年 月 日 _____

ご 住 所 _____

情報提供停止願

受領年月日 令和 年 月 日

受領者所属 _____

受領者氏名 _____ (署名又は記名・捺印)