

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 内臓脂肪蓄積に關与する多様な要因の解明

課題実施担当者 所 属：弘前大学大学院医学研究科附属健康未来イノベーションセンター  
氏 名： 玉田 嘉紀  
連絡先： 〒036-8562 弘前市在府町5  
電話 0172-39-5498 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關する全ての試料及び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 \_\_\_\_\_

情報利用提供停止願い

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)