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　未病予測モデル構築および未病教育プログラム開発

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：　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）