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　血漿ApoE isoform測定法の確立

課題実施担当者　所　属：　公益財団法人老年病研究所 認知症研究センター
　　氏　名：　東海林 幹夫

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）

提出先　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