

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： 口腔機能と認知機能に関する縦断研究

課題実施担当者 所 属： 弘前大学大学院医学研究科歯科口腔外科学講座  
氏 名： 小林 恒

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による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附属健康・医療データサイエンス研究センター  
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