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：

　　　　　　　　氏　名：

　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

（以下は事務局が記入）

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