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　　一般住民におけるアルツハイマー病疾患修飾薬の認知度の調査

課題実施担当者　所　属：　弘前大学医学部附属病院　脳神経内科
　　氏　名：　西嶌　春生

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、事務局記入欄）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