

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 大規模一般住民健診における生活の質と運動症状及び非運動症状の関連

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 崑 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