

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 口腔内細菌と生活習慣病の関連に関する研究

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

(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