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　　　　　特定地域における聴覚検診ときこえの低下の自覚について

―年代間の意識差の検討―

課題実施担当者　所　属：　弘前大学医学部附属病院 医療技術部リハビリテーション部門

　　　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　木村 　恵

　私は，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への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健康未来イノベーションセンター

　　　　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