

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
一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

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