

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 爪床毛細血管と神経疾患の関連についての調査

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 嶋 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利用を停止願います。

年 月 日 令和 年 月 日
ふ り が な
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

(以下は事務局が記入)

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