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

脊椎矢状面アライメントおよびロコモティブシンドロームに関する疫学調査

課題実施担当者　所　属：　弘前大学医学部附属病院 整形外科学

氏　名：　中野　高晃

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