○健診情報活用へのご協力（撤回）について

ご協力（撤回）についてはお電話・FAX・Mailにてお願い致します。
FAX・Mailの場合は、本ページを印刷していただき、ご送付ください。
※本人確認のために、お名前、生年月日、ご住所をお聞きしています。

メディメッセ桜十字での健診情報活用同意の撤回書

ふりがな
協力者氏名
生年月日
住所

メディメッセ桜十字予防医療センター長 殿

上記の者は、メディメッセ桜十字での健診情報活用事業に協力することに同意しておりましたが、その同意をここに撤回し、今後メディメッセ桜十字での健診情報活用に上記の者の生体試料と健診の情報を提供いたしません。また、現在メディメッセ桜十字での健診情報活用に保管されている生体試料と健診の情報の保管と利用に対して以下のことを行うことを請求いたします。

①か②のどちらかを選択ください。

□ ① 全ての研究

□ ② 研究承認番号（　　）

（該当する項目一つにチェックを入れてください。）

□ 1 . 研究活用における本日以前の健診情報のみ利用を認めます。

□ 2 .研究活用における健診情報の利用を認めません。

メディメッセ桜十字　予防医療センター
TEL：0570-550-182　FAX：096-378-1213
（月～金・土＜不定期＞9:00～16:30）
Mail：medimesse@sakurajyuji.jp