

## 研究参加取りやめ手続きの請求

自治医科大学附属病院長 殿

私は、「血管年齢検査は下野市住民健診の受診率向上に寄与するか（地域実証研究）」への参加の同意を撤回（取りやめ）します。

撤回に基づき、これまで提供した私の個人情報を速やかに削除するとともに、今後この研究の参加に係る連絡を行わないようお願いします。

ただし、これまで提供した試料や情報は匿名化等の措置により個人が特定できない状態になっている場合に限り使用されることを、撤回前に説明を受け理解しています。

ご本人の署名 : \_\_\_\_\_

記入年月日 : 西暦 年 月 日 \_\_\_\_\_

住所 : 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

---

## 研究参加取りやめ通知受領書

「血管年齢検査は下野市住民健診の受診率向上に寄与するか（地域実証研究）」への研究参加取りやめ手続きの請求を確かに受け取りました。取りやめにかかる作業が完了しましたら、郵送書面でご連絡を差し上げます。

通知受領日 : 西暦 年 月 日 \_\_\_\_\_

施設名 : \_\_\_\_\_

担当者名 : \_\_\_\_\_

## 研究参加取りやめ手続きの請求

フクダ電子株式会社 殿

私は、「血管年齢検査は下野市住民健診の受診率向上に寄与するか（地域実証研究）」と「下野市地域医療クラウドデータ利活用事業実証プロジェクト」への参加の同意を撤回（取りやめ）します。撤回に基づき、これまで提供した私の個人情報を速やかに削除するとともに、今後この研究の参加に係る連絡を行わないようお願いします。

ただし、これまで提供した試料や情報は匿名化等の措置により個人が特定できない状態になっている場合に限り使用されることを、撤回前に説明を受け理解しています。

ご本人の署名 : \_\_\_\_\_

記入年月日 : 西暦 年 月 日 \_\_\_\_\_

住所 : 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

---

## 研究参加取りやめ通知受領書

「血管年齢検査は下野市住民健診の受診率向上に寄与するか（地域実証研究）」と「下野市地域医療クラウドデータ利活用事業実証プロジェクト」への研究参加取りやめ手続きの請求を確かに受け取りました。取りやめにかかる作業が完了しましたら、郵送書面でご連絡を差し上げます。

通知受領日 : 西暦 年 月 日 \_\_\_\_\_

施設名 : \_\_\_\_\_

担当者名 : \_\_\_\_\_