

バイオバンク意思確認書

国立循環器病研究センター 理事長 殿

国立循環器病研究センターバイオバンク事業（以下、本バイオバンク）に関し、説明担当者より文書で説明を受けました。

その上で、問診票情報、診療情報、診療に由来する試料（検査残余や手術・病理組織標本など）、個別の研究で集められた試料や情報、研究用に採取した血液（バイオバンク採血）を本バイオバンクに保管し、将来の医学研究（遺伝子解析や民間企業による研究開発を含む）に利用されることについて

同意します 同意しません

また当センターが他の医療機関や公的機関に、研究に必要な情報を照会することについて

同意します 同意しません

記入日	令和 年 月 日
提供者ご本人 氏名(ご署名)	(ふりがな)
	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
ご住所 (住民票記載)	
お電話番号	

ご本人の意思を確認したうえで代わりに記入した場合

代筆者氏名	続柄()
ご住所	お電話番号

□ご本人の意思確認が難しいので(未成年など)代わりに判断した場合

代諾者氏名	続柄()
ご住所	お電話番号

【説明担当者記入欄】

提供者さま ID

説明日

令和 年 月 日

説明担当者氏名