

国立循環器病研究センター  
バイオバンク協力意思（同意）の撤回書

ふりがな									
協力者氏名									
診察券番号（患者番号） * 不明の場合は、 未記入のままご提出下さい			—					—	
生年月日	T・S・H		年	月	日				

—— 本欄は、廃棄処理に必要な情報ですので、必ずご記入下さい。 ——

国立循環器病研究センター 理事長 殿

上記の者は、貴センター・バイオバンク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ますので、上記の者が提供しました生体試料の廃棄、および、個人を特定する情報の削除をお願いします。

ご記入日： 平成 年 月 日

請求者氏名：（自署） 協力者との続柄：

住 所：

電話番号：

\* 廃棄・削除を終えましたら、ご請求者に対して作業完了のご報告をいたします。

協力者ご本人が請求される場合も必ず記入し、バイオバンク事務局にご提出ください。

◇◇◇ バイオバンクでは、以下に示す基本方針に従って処理を行いますことをご了解ください ◇◇◇

【ご協力意思（同意）を撤回された後の、バイオバンクにおける基本方針】

国立循環器病研究センター・バイオバンクでは、本書面をもって、ご協力者から同意撤回の申し出がありました場合には、以下に示す基本方針にしたがって処理を行います。

- ◇ ご提供いただいた生体試料（血液、尿、組織など）については、今後研究に用いないようにするため完全に廃棄します。
- ◇ すでに入力・検査・分析等を経て「情報・データ」として保存しているものについては、それらから、協力者ご本人を特定する一切の情報（例、氏名、住所など）を削除し、今後、ご本人に不利益が一切生じない形にします。このようにして、ご本人を特定することができなくなった情報・データにつきましては、引き続き、本バイオバンク事業のために使用させていただきます。

〒565-8565 大阪府吹田市藤白台5丁目7番1号  
国立循環器病研究センター・バイオバンク