

**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										右詰
生 年 月 日	T・S・H	年	月	日	（西暦					年）

—— 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。

請求日： 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： _____

- * 撤回の請求は原則として、ご協力者本人か、それができない場合は意思確認書に代筆や代諾した方が行ってください。
- * 協力者ご本人が請求される場合も、請求者の氏名、続柄、住所、電話番号を記入し、バイオバンク事務局にご提出ください。
- * ご意思を確認するためバイオバンクよりご連絡を差し上げることがございます。
- * 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。

◆◆◆ 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・分析等を行った「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、協力者ご本人の名前や住所、電話番号などの、どこの誰であるかを表す情報はすべて消去したうえで引き続き、本バイオバンクで利用させていただきます。