

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・R			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。

ご請求日： 令和 年 月 日

請求者氏名：（自署） 協力者との続柄：

住 所：〒

電話番号：

上記が協力者本人でない場合は、協力者本人の意思に基づくものであるかどうかを記載ください。

- 協力者本人の意思に基づくものである。
- 協力者本人の意思を確認していないが、撤回に至る下記の理由がある。

理由： \_\_\_\_\_

\* 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。