

## 同意撤回書

国立循環器病研究センター 病院長殿

国立循環器病研究センター 福嶋 教偉 殿

国立循環器病研究センター 蒔田 直昌 殿

私は「心筋症、心筋炎及び心臓移植後患者を対象とした多層オミックス解析を用いた病態解明と予防・治療法に関する研究」について、参加に同意しましたが、同意を撤回します。

同意撤回日： 年 月 日

研究参加者氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

代諾者氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

(本人との続柄： )

【医師の署名欄】

同意撤回確認日： 年 月 日

確認者氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

同意撤回前に収集したデータを、本研究のデータとして使用することに同意します。

(次のいずれかにチェックをつけてください) はい いいえ