

臨床研究への協力の同意撤回書

自治医科大学学長 殿

私は、臨床研究「新型コロナウイルス感染症の病態理解と治療法検討のための多施設共同研究」(臨 S20-169) の協力を希望しませんので、速やかに対処してください。

令和 年 月 日

本人記名欄 住 所 _____

氏 名 _____ 印 (署名・捺印)

電 話 _____

(お願い)

臨床研究への協力を希望されない場合は、同意撤回書を次の住所にご郵送ください。

今後試料や記録(検査結果、問診票)はこの研究のために用いられることはありません。

ただし、既に研究結果が論文などで公表されていた際は、研究結果や試料等を破棄できない場合もあります。

送 付 先

 〒 330-8503

埼玉県さいたま市大宮区天沼町 1 丁目 847 番地

自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科 守谷 俊