

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、日本外傷データバンクへの外傷患者登録と登録データを用いた臨床研究（臨 S23-010）へ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